

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 250

Travail de la Clinique du Professeur Tixier

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FIBROMES DU VAGIN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 4 Mai 1926

PAR

Radmilo DJORDJEVITCH

Né à VOL. POPOVATZ (Serbie), le 19 Avril 1896



LYON
Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42
Téléphone 63-56

1926

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FIBROMES DU VAGIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 250

Travail de la Clinique du Professeur Tixier

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIBROMES DU VAGIN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 4 Mai 1926

PAR

Radmilo DJORDJEVITCH

Né à VOL. POPOVATZ (Serbie), le 19 Avril 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie Interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	MARTIN (Etienne)
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	PIC
Pharmacologie	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président; COTTE, assesseur:

BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA MÈRE

A MON PÈRE

Je lui dois tout, et sa vie toute de labeur et de loyauté est pour moi le plus précieux des exemples. Infiniment reconnaissant de tant de sacrifices consentis, je lui dédie ce modeste travail, humble hommage d'une tendre et profonde affection.

A MON FRÈRE SLOBODAN

ET

MA SŒUR OLIVERA

Je leur dédie ce modeste travail avec toute mon affection fraternelle.

A MON ONCLE VOÏSLAV KOUZMANOVITCH

Notre infinie reconnaissance pour l'accueil
qu'il nous fit en Albanie en 1915 dans un
pays où il n'y avait pas de frères que pour
l'égoïsme et pour la trahison.

A MES CAMARADES ET AMIS
Morts glorieusement pour la patrie

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A M. LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le grand honneur de nous
confier l'observation originale de notre travail
et d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous lui en exprimons ici notre vive grati-
tude.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL BONNET

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Au cours de notre travail dont il nous a
inspiré le sujet, il nous a exprimé ses con-
seils avec la plus grande bienveillance.
Nous l'en remercions bien sincèrement.

A MES JUGES

A M. LE DOCTEUR DESGOUTTES

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous lui exprimons notre vive reconnaissance de nous avoir confié son observation.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

Avant-propos

Avant de quitter cette Université à laquelle nous devons ce que nous sommes, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé et à ceux dont l'amitié nous a permis de passer sans tristesse ces années d'exil.

Pendant notre présidence à l'Association des Etudiants serbes, nous avons retrouvé et cimenté des amitiés contractées sur le front d'Orient et, à ce sujet, nous n'aurions garde d'oublier les services que M. le Professeur agrégé Charles GARIN a rendu à nos compatriotes en France et à notre Nation pendant la guerre. Que l'auteur de « Aux paysans de Grabovatz » en soit ici remercié.

Mme et M. HERRIOT, maire de Lyon, furent pour nous des protecteurs et des amis. La Serbie et notre petite colonie lyonnaise leur doivent beaucoup. Leurs conseils nous furent toujours précieux et leur aide efficace, qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Merci encore à M. Jules PAÏO, professeur à la Faculté d'Aix-en-Provence, qui a aidé nos premiers pas sur le sol français.

Notre vénéré Maître, M. le Professeur TIXIER, nous a fait comprendre et aimer la chirurgie. Celui qui l'a abordé sait quel accueil paternel il réserve aux étudiants, avec quelle bonté et quelle indulgence il les conseille. Pour tous, c'est un maître et un ami ; qu'il veuille bien recevoir dans ces courtes lignes toute notre admiration et toute notre reconnaissance.

Enfin, notre gratitude va plus spécialement à M. le Professeur agrégé Paul BONNET, c'est lui qui nous a directement conseillé et guidé pour ainsi dire pas à pas dans ce travail. Dans un contact de plusieurs mois, nous avons pu apprécier sa grande valeur scientifique et son dévouement pour nous. Nous sommes fiers d'avoir été son élève. Qu'il sache bien qu'il peut nous compter au nombre de ceux qui l'aiment et modestement l'estiment, au nombre de ceux qui n'oublient pas.

Il nous reste à remplir le plus grand, mais aussi le plus doux de tous les devoirs. Au moment de quitter ce beau pays de France, cette terre où tout est clair, où tout est beau et généreux, notre cœur va à cette seconde Patrie que nous n'oublierons jamais. Qu'elle veuille bien nous considérer désormais comme son enfant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES DU VAGIN

Historique

Des observations éparses dans la littérature, parmi laquelle on retrouve les cas observés en France par SIMON (1743), PELLETAN 1810, GENSOUL 1831, DUPUYTREN 1837, LISFRANC 1847, n'avaient pas suffi à attirer l'attention sur les fibromes du vagin, affection d'ailleurs rare, lorsque parurent successivement les études d'ensemble de NEUGEBAUER 1877, de BREISKY, puis l'excellente monographie de KLEINWACHTER, qui réunit, sélectionne et étudie dans leur ensemble les observations parues jusqu'en 1882.

La thèse de ROCHEBLAVE, en France, reprend cette étude à l'occasion de 5 observations appartenant à TÉDENAT.

Puis paraissent, ajoutant des faits nouveaux aux notions antérieurement acquises, les études de BRAUN (1885), de PARKER (1886), de FRANKEL (1887). La thèse inaugurale de HASTENPFLUG (1888) rapporte 3 cas nouveaux observés dans la Clinique de SCHULTZE. EMMERT (1897) apporte 12 observations inédites, auxquelles s'ajoutent bientôt (1898) les cas recueillis par KLIEN.

John PHILIPS (1899) reprend une revue générale de cette question, complétant le travail classique de KLEINWACHTER, à l'aide des observations recueillies depuis 1882.

La thèse de BOUTIN étudie l'influence exercée par la grossesse sur l'évolution anatomique des fibromes du vagin.

Une étude d'ensemble de POTEL, en 1903, et enfin le chapitre que consacre ROLLIN dans sa remarquable thèse de 1905, aux fibromyomes du vagin, résument l'ensemble de nos connaissances sur ce sujet.

Quelques observations nouvelles, de brèves discussions à la Société de Chirurgie de Paris en 1906, apportent des notions intéressantes, concernant les fibromyomes de la paroi postérieure du vagin, jusqu'alors moins bien étudiés (PATEL, thèse de CHAUBET, 1922).

Une revue critique de CADENAT, 1921, résume les notions acquises et souligne quelques points particuliers.

C'est à l'aide des documents recueillis dans ces différents travaux et d'une observation inédite recueillie dans la Clinique du Professeur TIXIER, que nous avons pu mettre au point nos connaissances actuelles sur les fibromyomes du vagin.

Étiologie

Les fibromyomes se développent surtout dans la dernière période de la vie sexuelle. 84 % des malades, au moment où elles furent observées, étaient âgées de 30 à 45 ans (Rollin). Un certain nombre de cas concernent des femmes âgées, ayant dépassé de quelques années la ménopause, mais porteuses sans doute de leurs tumeurs depuis quelques années.

Rollin cite, par contre, les cas qu'il considère comme authentiques, de Traetzel, Wilson, A. Martin, Guersant, de fibromes du vagin observés chez des enfants de 15 mois, 2 ans et demi, chez une fille nouveau née et chez une enfant âgée de 13 mois à peine.

Ces observations ont été rapportées à une date déjà ancienne. On sait par ailleurs que le sarcome du vagin se rencontre avec une fréquence relative chez de très jeunes enfants. Il y a, de ce fait, une confusion possible dans le diagnostic clinique, de sorte qu'il est possible, à l'heure actuelle, de conserver un doute sur la valeur de ces observations, même confirmées par un examen histologique.

Le rôle de l'activité génitale mérite qu'on s'y arrête :

il est possible que l'activité des rapprochements sexuels, par l'état inflammatoire des voies génitales qu'ils sont susceptibles de causer et d'entretenir; par l'influence possible de l'inflammation sur l'origine même et le développement anatomique du fibrome, soit, comme on l'a dit, un facteur d'apparition des fibromes du vagin.

Les vierges n'en sont pourtant pas absolument exemptes (Obs. de Jakobs Green, Kleinwachter, Potel); mais elles ne semblent pas présenter au fibrome du vagin la prédisposition que Pinard a cru pouvoir admettre pour le fibrome de l'utérus.

Par contre, la multiparité aurait une influence directe sur l'apparition clinique des fibromes du vagin; les statistiques sembleraient l'établir: dans 20 cas réunis par Smith, où l'on possédait les renseignements sur la fertilité des malades, 16 femmes avaient eu des enfants, 4 étaient restées stériles.

Nous verrons plus loin l'influence indéniable exercée par la grossesse sur l'évolution anatomique du fibromyome du vagin et il est permis de penser qu'un certain nombre de ces tumeurs, qui seraient restées inaperçues, du fait de leur petit volume et de leur silence clinique, chez une vierge ou chez une femme stérile, ne sont devenues cliniquement appréciables que du fait de la multiparité.

Anatomie pathologique

Le siège, ou le lieu d'implantation du fibromyome, est très variable, et on peut l'observer en tous les points de la paroi vaginale.

Mais son lieu d'élection est la paroi antérieure du vagin, où on le rencontre:

25 fois sur 39 cas (Kleinwachter).

23 fois sur 29 cas (J. Philips).

55 fois sur 100 cas (Rollin).

La paroi postérieure venant ensuite, dans cette dernière statistique, avec 20 cas; les parois latérales enfin avec 19 cas.

Nos propres conclusions nous conduisent à admettre que dans les deux tiers des cas le fibromyome siège sur la *paroi antérieure* du vagin.

Le fibrome est *sessile* le plus souvent; saillant sous la muqueuse lorsqu'il est de petit volume (lentille, pois); ou implanté sur la paroi par une base large, lorsque ayant atteint le volume d'une pomme, il a soulevé, dédoublé la muqueuse, et s'en est couvert en se développant.

C'est alors une tumeur ordinairement bien encapsulée dans une coque conjonctive, facilement énucléable une fois la muqueuse vaginale incisée, souvent même sans pédicule vasculaire appréciable. Parfois, cependant, la tumeur est mal circonscrite et semble se continuer avec le tissu conjonctif voisin, auquel elle adhère de tous côtés (Tédenat).

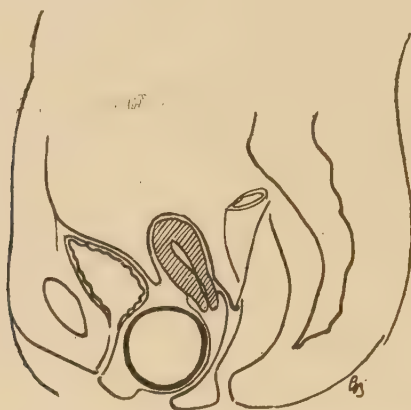


Fig. 1. — Fibrome du septum vesico-vaginal.

Les fibromes développés dans la partie inférieure du vagin, dans le septum uréthro-vaginal, semblent particulièrement adhérents. Les tentatives de clivage peuvent conduire à blesser ce conduit (fibromes sous-urétraux).

Dans d'autres cas, le fibrome est *pédiculé* et mérite le nom de polype du vagin. Il est alors implanté sur la paroi par un pédicule épais et solide, ne dépassant guère la largeur d'un doigt. Ce pédicule est très vasculaire et la section peut donner lieu à d'assez fortes hémorragies.

Le pédicule, d'abord très court, tend à s'allonger par traction, à mesure que la tumeur se développe, et

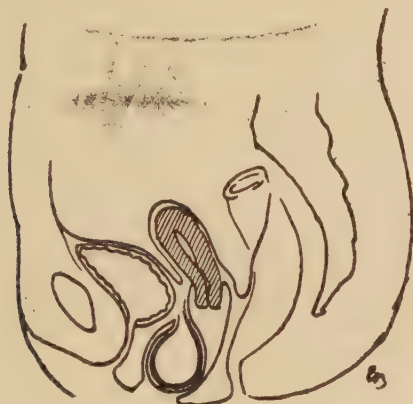


Fig. 2. — Polype du vagin.

le fibrome, primitivement intravaginal, ne tarde pas à faire saillie à la vulve.

Le *volume* du fibrome est des plus variables. On en rencontre, au hasard d'un examen gynécologique, de tout petits dont le volume n'atteint pas celui d'une noisette. Le plus souvent ils ont le volume d'un œuf de poule. Les gros fibromes ont le volume d'une pomme. Ils peuvent atteindre cependant celui d'une tête d'enfant et l'on cite partout le cas de Hastenpflug recueilli dans la Clinique de Schultze « née dans la paroi antérieure du vagin, à gauche du museau de tanche, la tumeur remplissait complètement le canal vaginal, se montrait à la vulve d'une part et, du côté abdominal remontait jusqu'à un travers de main de l'ombilic ». Le fibrome observé par Pillore, chez une

femme enceinte, mesurait 30 centimètres de longueur, 24 centimètres de largeur, et 16 de hauteur.

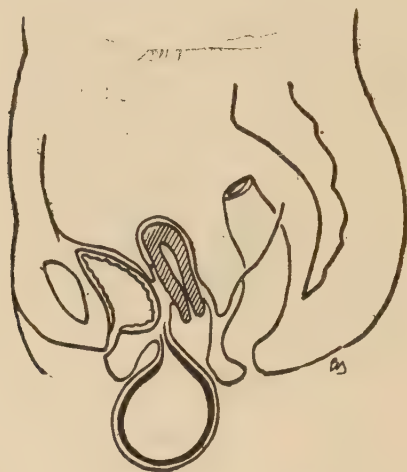


Fig.3 . — Polype du vagin saillant à la vulve.

Leur *nombre* : Le fibrome du vagin est généralement unique. Sur 120 observations, Potel ne rencontre que 8 cas de tumeurs multiples. Il en existe alors deux (Jakobs, Castelain), trois (Tédenat). Dans l'observation d'Olénin la paroi vaginale ne présentait pas moins de 16 tumeurs, les unes pédiculées, les autres sessiles. Il s'agit là d'une véritable *fibromatose vaginale*, comparable, comme le fait remarquer Rollin, aux fibromes multiples du vagin qu'on a pu observer chez la chienne (G. Petit).

La *forme* du fibromyome du vagin rappelle celle du fibrome de l'utérus. C'est le plus souvent une tumeur arrondie, lisse, nacréée, s'éversant à la coupe, criant sous le couteau. C'est du moins le cas des fibromes

sessiles de la cloison, à moins que l'excès de volume et le manque de place ne leur impriment une forme bilobée.

Pourtant nous devons signaler la forme particulière que prennent certains fibromes implantés sur la ligne médiane, au niveau de la colonne antérieure du vagin. Ils ont souvent une forme allongée, en boudin, suivant la direction même de la colonne du vagin et peuvent prendre, en s'épanouissant à la vulve, où ils viennent prolaber, le curieux aspect que signale Dahlmann « la tumeur avait la forme d'un pénis ». Son extrémité antérieure, qui faisait saillie entre les lèvres était arrondie et globuleuse et émergeait, contrastant par son volume, avec la partie située en arrière d'elle, comme une sorte de gland. La partie mince, allongée qui le continuait en arrière avait une longueur de 19 cm, 6 cm de diamètre, et 15 de circonférence. Ce fibromyome pesait 180 grammes.

Evolution Anatomique.

Le fibromyome constitue la tumeur essentielle de la paroi vaginale, où il trouve les éléments mêmes de sa constitution, du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses. Il représente le type des tumeurs conjonctives adultes, par opposition avec les kystes du vagin, type de la tumeur d'origine congénitale.

C'est pour avoir méconnu cette possibilité de l'origine « sur place » des fibromyomes du vagin que l'on a cherché hors de lui l'origine probable de sa formation.

Ce sont les particularités imposées au fibrome par son siège et les conditions plus ou moins favorables à son développement sur place, qui semblent, bien plus que le tissu supposé de leur origine, imprimer au fibromyome du vagin la variabilité de son développement anatomique :

C'est ainsi que les fibromes du vagin dits *fibromes sous-urétraux*, nés dans le septum urétrovaginal, se développent dans un tissu lamineux très dense. Cette gaine fibreuse cesse ici d'être isolable; aucune place de clivage n'existe entre l'urètre et le vagin, et on ne

peut conclure d'une blessure faite à l'urètre au cours de l'extirpation de la tumeur à son origine propre dans le tissu urétral comme on l'a prétendu. Les fibromyomes du vagin adhérents à l'urètre méritent d'être appelés *fibromes sous-urétraux du vagin*.



Fig. 4. — Fibrome du septum vesico-vaginal.

Par contre, d'autre part, les fibromes du vagin prenant leur origine dans la cloison vésico-vaginale trouvent dans le tissu cellulaire lâche de cette région les conditions favorables à leur développement sur place. La paroi vaginale se laissant facilement séparer de la vessie, au moins sur la ligne médiane.

Il en est de même des fibromes qui gisent dans la cloison rectovaginale, également clivable.

Au cours de leur développement ces fibromes de la cloison vésicovaginale et de la cloison rectovaginale ont quelque tendance à se porter en haut vers la gaine hypogastrique où le tissu cellulaire est plus lâche. Ils contractent ainsi avec le col et l'isthme utérins des rap-

ports de contiguité, tellement que la question se pose parfois de savoir s'ils n'ont pas leur origine même dans le tissu utérin, s'il ne s'agit pas, autrement dit, de fibromyomes de l'utérus. Il existe, en effet, des fi-



Fig 5. — Fibrome de la cloison vésico-vaginale
à évolution sous-péritonéale
(Cas Duvergey)

bromes d'origine indiscutable, émanés du tissu utérin, qui se développent sous le péritoine, soulevant le cul-de-sac rétro-vésical ou le cul-de-sac de Douglas, pour se placer en avant ou en arrière de la paroi vaginale, « fibromes migrants » de Pozzi. Leurs relations de continuité avec l'utérus ne sont pas toujours évidents. On peut les retrouver cependant parfois sous forme d'un mince cordon fibreux reliant le fibrome à l'isthme utérin (Dubar).

Kiwisch va plus loin et prétend que le plus grand nombre des fibromes vaginaux prennent leur origine dans l'utérus, avec lequel ils peuvent secondairement perdre leurs connexions.

La coexistence de fibromes utérins proprement dits, avec des fibromes du vagin, rend cette hypothèse valable pour certains cas, la tumeur hétérotopique n'étant alors que l'expression vaginale de la fibromatose utérine.

Ces fibromes inclus dans la cloison peuvent donc avoir une évolution pelvienne.

Perçus dans le vagin dont ils refoulent la paroi, quelques-uns poursuivent leur développement vers le

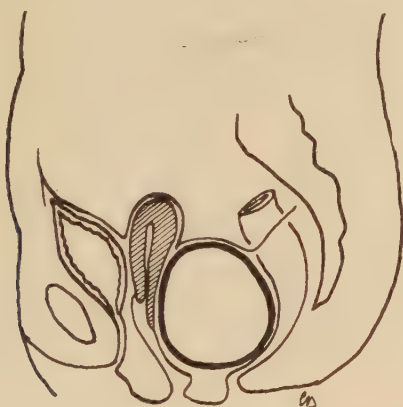


Fig. 6. — Fibrome de la cloison vésico-vaginale
à évolution sous-péritonéale.
(Cas Patel)

haut sous le péritoine et viennent combler le cul-de-sac vésico-utérin ou le cul-de-sac de Douglas, remontant l'utérus. Ils sont accessibles par l'abdomen.

Plus souvent ils ont une évolution vaginale : du fait de leur poids ils viennent polaber à la vulve, coiffés de la paroi propre du vagin qu'ils développent, étirant le col abaissant l'utérus, entraînant avec eux la paroi

inférieure de la vessie ou la paroi antérieure du rectum. Il en résulte un diverticule de traction dont il faut tenir compte au moment de l'intervention.

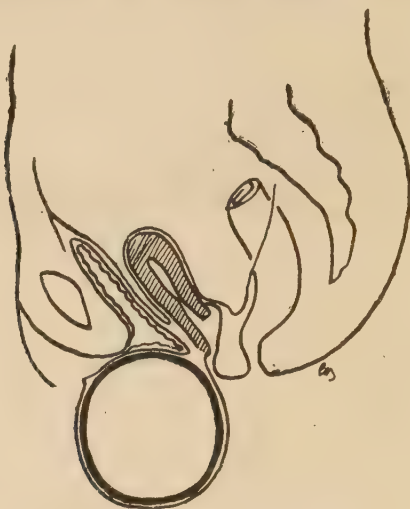


Fig. 7. — Fibrome du septum vésico-vaginal prolabé à la vulve, entraînant la paroi inférieure de la vessie (Cas Tixier et Bonnet)

Tout comme les polypes du vagin, les fibromes sessiles peuvent donc apparaître à la vulve, par le mécanisme du prolapsus.

Quant aux fibromes pédiculés, on peut se demander s'ils ne prennent pas naissance immédiatement sous la muqueuse vaginale, dans l'épaisseur même de la paroi, plutôt que dans le tissu conjonctif du septum.

Le fait anatomique est possible.

« La tunique moyenne du vagin n'est, en effet, pas exclusivement musculaire. Elle renferme quantité de tissu conjonctif interposé aux faisceaux contractiles et surtout de nombreux éléments élastiques » (Poirier).

Peut être acquièrent-ils de ce fait une tendance particulière à se pédiculiser dans le vagin.

D'abord inclus dans la paroi propre du vagin, sous forme d'un nodule du volume d'un pois, d'une noisette, ils deviendraient secondairement pédiculés, au cours de leur accroissement.

Peut-être même peut-on expliquer, du fait de leur origine sur la ligne médiane dans la colonne du vagin, formée, comme le dit Henle, par un tissu caverneux pseudo-érectile, d'une part l'extrême vascularisation de certains pédicules, d'autre part l'aspect caverneux de certains fibromes du vagin.

Au cours de leur évolution anatomique, qui, le plus souvent, paraît être très lente, et se chiffrer par années, les fibromyomes du vagin peuvent subir dans leur *structure* des altérations susceptibles d'en précipiter l'accroissement ou de déterminer les troubles fonctionnels qui sont le plus souvent leur première manifestation clinique.

Au même titre que les fibromyomes de l'utérus, ils peuvent subir les transformations d'ordre régressif (calcification), transformation grasseuse; d'ordre vasculaire et inflammatoire : infiltration œdémateuse, transformation pseudo-Kystique, nécrose, hémorragies intestitielles; d'ordre évolutif enfin : transformation myxomateuse, transformation sarcomateuse. Cette dernière est loin d'être exceptionnelle.

C'est lorsque le fibrome apparaît à la vulve que se manifestent le plus ordinairement les complications inflammatoires. Les irritations extérieures, les causes

d'infection s'ajoutent à la médiocre vascularisation pour réaliser la gangrène de la muqueuse vaginale, la transformation œdémateuse du fibrome, dans lequel se creusent des poches pseudo-kystiques qui le fragmentent et tendent à réaliser son énucléation spontanée à travers la perte de substance de la paroi vaginale.

Les plus intéressantes parmi ces altérations sont celles qu'imprime la *grossesse*. Le vagin participe de la congestion des voies et organes génitaux. Le nombre, le calibre des vaisseaux prennent un développement tel que la tumeur revêt alors une forme caverneuse qui a fait donner à ces tumeurs le nom de *fibromes télangiectasiques*. La coloration de la tumeur devient bleuâtre, marbrée de taches noires. Sur la coupe, on peut constater les aspects suivants : le tissu périphérique est brun rouge, analogue à un caillot sanguin macéré dans l'alcool. Au centre, le tissu est blanchâtre, fibreux, parsemé de lacunes.

Les changements physiologiques amenés par la grossesse semblent être la raison de cette modification des fibromyomes, restés souvent inaperçus jusque-là. En effet, pendant la gestation, de même que l'élément musculaire du vagin prend part à l'hypertrophie générale du système utérin, de même les vaisseaux de la région subissent un développement énorme. On ne s'étonnera donc pas que certains fibromyomes soient activés dans leur développement, subissent les mêmes modifications que les tissus normaux du vagin et puissent même se ramollir (Pozzi).

Pathogénie

Nous avons discuté l'origine possible de certains fibromes dans le tissu utérin lui-même. « Myomes migrateurs de l'utérus » de Pozzi.

Nous avons discuté le problème de pathogénie qui se pose en présence des fibromes sous-urétraux du vagin adhérents à la paroi urétrale. « Corps fibreux de l'urètre » de Lejars.

Peut-être certains fibromes de la paroi vaginale trouvent-ils leur origine dans les tissus voisins et viennent-ils s'inclure par migration dans la cloison vésico-vaginale.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe des fibromes « autochtones » du vagin, nés sur place aux dépens du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses, éléments essentiels de la constitution.

On a cherché pourtant leur origine possible dans les débris embryonnaires du canal de Wolff, restés inclus dans la paroi latérale (Klein et Buttlinger) ou sur la face antérieure (Kossmann) du vagin.

De même c'est à l'inclusion des derniers canalicules du méso-néphros restés inclus dans la paroi pos-

térieure du vagin que l'on pourrait attribuer l'origine de ces tumeurs. Il semblerait bien que ces vestiges embryonnaires soient plutôt à l'origine des adénomyomes que des fibromes du vagin.

Faut-il attribuer aux fibromes du vagin une origine inflammatoire? La question s'est posée : Pour Keiffer, il s'agirait d'une irritation consécutive à une inflammation prolongée, à une thrombose, ou à tout autre processus qui trouble la circulation.

D'après Claisse, ces tumeurs seraient toujours précédées d'un état inflammatoire de la muqueuse et seraient par conséquent de même nature inflammatoire, développés aux dépens d'endo et de périvascularite de cause vraisemblablement microbienne. A l'appui de cette hypothèse, Kossmann aurait rencontré des microbes dans quelques fibromyomes du vagin.

Histologie

Les tumeurs fibreuses primitives du vagin ont une structure assez analogue à celle des fibromes de l'utérus. On y rencontre un feutrage de tissu conjonctif adulte dense et des amas clairsemés de fibres musculaires lisses. Il s'agit habituellement d'un *fibromyome* où la prédominance du tissu fibreux est considérable.

On admet que les *fibromes purs* sont rares (Paget, J. Oliver, Netzel, Paquet). Dans une observation de Tédénat, un noyau fibreux pur était engainé dans un cercle périphérique de fibres musculaires. Nous serions tenté de faire rentrer l'observation du Professeur Tixier dans la classe des fibromes purs, la présence de fibres musculaires lisses n'ayant été constatée sur aucun des fragments de la tumeur prélevée pour l'examen.

Les *myomes purs* seraient plus rares encore (Obs. de Kleinwachter, Hume, Olenin, Machenhauer, Littauer, Poirier).

Les *rhabdomyomes* du vagin ont une existence discutée. La présence de fibres musculaires striées (Obs. de Tédénat) a pu être interprétée comme une modifi-

cation anatomique du fibromyome, où quelques fibres musculaires présentent une situation analogue à celle des fibres utérines à la fin de la grossesse

La tumeur de l'observation de Mlle Kaschewarowa uniquement composée de tissu myxomateux et de tissu musculaire strié semble devoir être classée parmi les sarcomes.

Potel considère ces tumeurs comme des fibromyomes dégénérés.

On a tendance à les considérer comme des tumeurs congénitales à évolution clinique voisine de celle des sarcomes.

Symptomatologie

La symptomatologie des fibromes du vagin est, on le conçoit, d'après la diversité des formes anatomiques, extrêmement variable.

Les petits fibromes du vagin peuvent passer indéfiniment inaperçus, si le hasard d'un examen gynécologique ne les fait découvrir.

Il peut en être de même des fibromes déjà volumineux (Obs. de Paquet), où le fibrome fut reconnu à l'occasion d'une fausse-couche.

L'obstacle que le fibrome apporte dans le coït peut être l'occasion de leur découverte (Demarquay). La malade de Poirier fut amenée à consulter sur la demande expresse de son mari qui avait découvert la présence d'une tumeur vaginale. Celle qui fut observée par le Professeur Tixier était pressée par son amant de consulter un médecin.

Dans d'autres circonstances (Mme Boivin, Mac Clintock), c'est à l'occasion d'un effort, d'une course, d'une station debout prolongée que la tumeur jusquelà intravaginale et latente fait irruption à la vulve et devient ainsi manifeste. La malade du Professeur

Tixier voyait sa tumeur apparaître à l'occasion de chaque miction.

SYMPTOMES FONCTIONNELS.

Pourtant, à une certaine période de leur évolution et lorsqu'ils ont atteint un certain volume, les fibromyomes du vagin donnent lieu à des troubles fonctionnels qui les rendent cliniquement appréciables :

La douleur peut être le premier symptôme. Le plus souvent, il ne s'agit que d'une sensation de gêne, de pesanteur (les malades sentent comme une masse), accompagnée de tiraillement et de douleurs lombaires (Cartelain, Espezet, Elischer, Strassmann).

La douleur peut être provoquée par le contact même de la tumeur : douleur dans le coït; douleur provoquée par le toucher vaginal.

Dans une observation de Tédénat, la douleur provoquée par le toucher était intolérable et donnait lieu à de véritables crises nerveuses, accompagnées de crises (tumeur irritable).

Elle peut être exceptionnellement une cause de vaginisme.

Mais, en général, les fibromes du vagin sont peu douloureux, à moins que leur volume ne soit exagéré, auquel cas elles sont l'occasion de douleurs de compression.

Les hémorragies peuvent être le symptôme qui conduit la malade à l'examen. Ce n'est pas que les fibromes du vagin soient anatomiquement vasculaires, mais ils peuvent être, en dehors même des cas

dont nous avons parlé, où ils coexistent avec un fibromyome de l'utérus, accompagnés d'hémorragie du fait de la congestion du vagin qu'ils entretiennent, ou du retentissement sur la muqueuse utérine qu'on peut logiquement leur attribuer.

Quoi qu'il en soit, les hémorragies, apparaissant ordinairement en dehors des règles, ne sont pas rares, puisque Smith les note dans 24 cas, parmi les 29 observations qu'il rassemble. Elles peuvent être d'abondance considérable (Smith, Potel, Hume). Elles peuvent survenir à répétition. Quelquefois elles ont leur origine dans le fibrome lui-même, très vascularisé à sa surface, et ulcéré par contact.

On a rapporté des cas où le fibrome, par son volume, apportait un obstacle à l'écoulement à l'extérieur du vagin de l'hémorragie cataméniale.

La leucorrhée, par vaginite dû à l'irritation mécanique du vagin; les écoulements séropurulents peuvent être observés surtout lorsque la tumeur est oedémateuse et ulcérée.

Les troubles urinaires constituent le plus souvent la principale manifestation clinique. Ils paraissent constants dans les fibromes de la paroi antérieure du vagin et surtout à l'occasion des fibromes sous-urétraux.

La *dysurie* accompagnée de *pollakiurie* est le symptôme le plus habituel. La malade de Cadenat, debout, éprouvait une légère pesanteur et un besoin continuels d'uriner. La miction était alors difficile et se faisait par à-coups. Dans la position couchée les envies d'uriner étaient moins impérieuses.

La malade du Professeur Tixier en était arrivée à uriner toutes les heures le jour. Pendant la nuit, la tumeur une fois réduite, la malade n'était obligée de se lever que deux fois.

L'incontinence d'urine est un symptôme fréquent. Elle apparaît en général la première et peut ne se manifester que dans les efforts de toux (Geuer, Tixier).

Des *hématuries* légères (West) ont pu être observées.

La rétention peut être l'accident révélateur du fibrome. C'est un symptôme fréquent en rapport avec la compression exercée par le fibrome, plus souvent encore avec les phénomènes congestifs qu'il entraîne (Greene, Hume, Duvergey, Patel).

D'après Rollin « dans les cas où la tumeur siège à la partie inférieure de l'urètre, dans la cloison urétro-vaginale, les troubles urinaires sont plus tardifs et plus rares. Il faut que l'urètre soit dévié, comprimé, obstrué pour que la malade éprouve de la difficulté à évacuer sa vessie; les mictions ne sont pas plus fréquentes, mais plus laborieuses; la malade est obligée de pousser et l'urine sort goutte à goutte.

Les troubles de la défécation se manifestent parfois comme signe de compression dans les très gros fibromes. Ils sont en tout cas moins constants et moins importants que les troubles urinaires.

Les troubles apportés au coït peuvent aller dans des cas exceptionnels jusqu'à l'impossibilité absolue des rapports sexuels. 8 observations recueillies par Rollin. Mais dans nombre de cas, le coït peut être difficile et même douloureux, par suite du volume du

fibrome, de sa situation de son irritabilité spéciale. La *conception* subit le contre-coup de cette gêne apportée aux fonctions génitales. La *grossesse* n'en est cependant pas moins possible.

Troubles réflexes. — Nous rangeons sous ce titre un peu vague, pour ne rien préjuger de leur pathogénie, des troubles tels que les *quintes de toux* suivies de *vomissements*, qui se présentaient avec une allure si particulière dans l'observation du Professeur Tixier et qui disparaissent complètement après l'intervention.

Les tractions exercées sur le plexus hypogastrique par la tumeur prolabée sont une explication plausible à la pathogénie de ces troubles.

FIBROMES DU VAGIN ET GROSSESSE.

Nous avons vu quelles altérations anatomiques la grossesse est susceptible d'apporter au fibrome (transformation télangiectasique).

Il peut en résulter sur la marche de la grossesse elle-même une certaine influence.

Le plus souvent le fibrome n'entrave en rien la grossesse. La malade de Neugebauer eut 9 accouchements heureux, malgré l'existence d'une tumeur du vagin, saillante à la vulve. La grossesse évolue presque toujours de façon normale, à moins que le volume exagéré du fibrome ou sa situation juxtautérine n'apportent une gêne à l'accommodation foetale (présentations vicieuses).

Pourtant des phénomènes infectieux secondaires à la transformation œdémateuse, à la gangrène du fibrome, ont pu être interprétés comme la cause de la mort du fœtus dans les observations de Van Dœveren, de Pillore, de Mac Clintock, de Porro.

Par contre, au moment de l'accouchement, bien que la tumeur soit susceptible, lorsqu'elle est pédiculée, d'adapter sa situation vulvaire aux modifications subies par la filière génitale, la tumeur peut devenir, lorsqu'elle est volumineuse et fixe, une gêne dans la marche du travail et être une cause sérieuse de dystocie. On cite les observations de Pillore où la tumeur obstruait complètement l'entrée de la cavité utérine et était tellement volumineuse et adhérente qu'elle n'avait pu être extraite par la voie vaginale et que l'on dût avoir recours à l'opération césarienne; celle de Virchow où l'on ne put extraire le fœtus qu'au prix d'une déchirure du vagin et d'une fracture de la branche descendante du pubis lors de l'emploi du forceps. Dans le cas plus heureux de Gensoul, le chirurgien lyonnais put accoucher une tumeur fibreuse du vagin qui gênait la sortie de l'enfant, avec le forceps employé pour ce dernier. Dans l'observation de Potel, l'accouchement spontané s'accompagne de l'arrachement du polype avec déchirure de la vessie. Après la délivrance, les suites de couches peuvent se compliquer du sphacèle de la tumeur, ou de la paroi vaginale, d'où résultent l'infection puerpérale, la possibilité de fistules vésico-vaginales ou d'infection vésicale.

SIGNES OBJECTIFS.

Ils sont extrêmement variables, suivant la situation anatomique du fibrome.

a) *De petits fibromes sous-muqueux* peuvent être perçus par le doigt vaginal sous forme de nodules arrondis ou légèrement aplatis.

b) *Le fibrome pédiculé* peut être intravaginal. Le doigt perçoit alors nettement le pédicule, apprécie son implantation sur la paroi vaginale, le volume et la forme de la tumeur, l'épaisseur et jusqu'à un certain point, le degré de vascularisation du pédicule. Le spéculum ne fait que confirmer les données du toucher.

Le fibrome pédiculé tend à venir faire saillie à la vulve. Il se présente alors avec l'aspect d'une tumeur arrondie que le doigt, insinué dans le vagin, contourne de toutes parts. La muqueuse qui le recouvre est œdémateuse, ulcérée en surface, parfois même gangrenée, laissant apercevoir à la chute des plaques de sphacèle le fibrome lui-même œdémateux, creusé de géodes, en voie d'énucléation spontanée.

c) *Le fibrome sessile* de la cloison est une tumeur arrondie, dure, ferme, élastique, parfois même un peu molle (myomes purs), mobilisable avec la paroi vaginale. La muqueuse qui le recouvre est souple, intacte ou légèrement amincie.

Les plus volumineux parmi ces fibromes comblent le canal vaginal et ne peuvent plus être contournés par le doigt qui cherche à repérer la situation de l'utérus.

d) Parmi ceux-ci, quelques-uns sont haut situés, juxtautérins. Enclavés dans le pelvis, lorsqu'ils sont de volume moyen, ils prennent contact lorsqu'ils sont très volumineux avec le péritoine, et soulèvent le cul-de-sac de Douglas et deviennent perceptibles par le palper abdominal combiné au toucher : *fibromes sous-péritonéaux*.

e) D'autres, parmi les fibromes de la cloison vésico-vaginale, bien que sessiles, peuvent venir faire saillie à la vulve, chassés par la pression abdominale et s'extérioriser. Ces *fibromes prolabés* à la vulve dégagent ainsi la lumière vaginale dont on peut alors faire l'exploration en la cherchant à la face postérieure du fibrome.

Ces fibromes prolabés à la vulve peuvent subir les mêmes altérations inflammatoires que les polypes étirés à la vulve.

f) On reconnaît aux *fibromes sous-urétraux* des caractères particuliers: ils ne dépassent guère le volume d'un gros œuf. Fermes, élastiques, parfois pseudo-fluctuants, ils sont antérieurs et médians, bas situés, sur le trajet du canal urétral et font saillie dans le vagin dont la muqueuse intacte glisse sur la tumeur.

Diagnostic

CHEZ L'ENFANT. — Le fibrome du vagin est une tumeur exceptionnelle. La tumeur habituelle est le sarcome, les hémorragies, l'atteinte de l'état général sont les signes révélateurs du sarcome. Lorsqu'il apparaît à la vulve, son aspect « en grappe de raisin » qui l'a fait comparer au polype muqueux des fosses nasales, est caractéristique.

Il faut se rappeler pourtant que le fibrome existe: Martin a rapporté le cas d'un polype long de 18 mm, inséré sur la paroi postérieure du vagin qu'il enleva chez une petite fille nouveau-née. Trætzl extirpa un fibrome du volume du poing, qui avait provoqué de la rétention d'urine, pendant 36 heures, chez une enfant âgée de 15 mois.

CHEZ L'ADULTE. — Les signes fonctionnels sont simplement révélateurs; ils ne peuvent être utilisés pour le diagnostic. Celui-ci ne peut reposer que sur les signes objectifs.

La variété des formes anatomiques imprime donc une grande variété aux conditions dans lesquelles se présente le problème du diagnostic.

a) *Les fibromes sous-muqueux*, inclus dans l'épaisseur de la paroi vaginale, sont une découverte de l'examen gynécologique.

Ils seraient sans intérêt clinique si, étant accompagnés d'une lésion utérine, ils ne donnaient lieu parfois à une erreur d'interprétation. Ils peuvent, en effet, être pris pour une métastase vaginale d'un cancer du corps de l'utérus. Nous avons trouvé, dans la Clinique du Professeur Tixier, une observation dans laquelle le diagnostic de cancer du corps fut discuté, en raison de la présence de petites tumeurs de la paroi vaginale, qui furent interprétées finalement comme étant des fibromes sous-muqueux de la paroi vaginale. Le Docteur Desgouttes nous a communiqué une observation analogue où la présence dans le vagin de petits fibromes donna lieu à la même discussion.

b) *Les polypes du vagin*, lorsque la tumeur est intravaginale et le polype de petit volume, sont en général d'un diagnostic facile. Le toucher vaginal permet d'en reconnaître la forme régulièrement arrondie, la consistance, d'en faire le tour pour reconnaître l'insertion du pédicule à la paroi vaginale. Ils se distinguent donc facilement des polypes du col utérin. Le spéculum confirme les données du toucher.

Il n'en est pas de même lorsque le polype est volumineux et comble la cavité du vagin. Il est possible alors de le confondre, jusqu'à un certain point avec une inversion utérine, mais surtout le diagnostic avec le polype utérin devient à peu près impossible, et ce n'est souvent que le morcellement qui permet, au

cours même de l'opération, de reconnaître l'implantation vaginale du pédicule.

c) *Les fibromes sessiles* de la paroi vaginale sont d'un diagnostic plus délicat.

Lorsqu'elles sont nettement circonscrites, peu volumineuses, mobiles avec la paroi vaginale que le doigt mobilise, la forme nettement arrondie, la consistance ferme permettent d'ordinaire d'affirmer le diagnostic de fibrome.

Pourtant il est souvent très difficile de distinguer le fibrome du *kyste du vagin*. Le kyste du vagin est d'une plus grande fréquence et c'est à lui qu'on songe tout d'abord. Comme le fibrome, il a son siège d'élection dans la paroi antérieure du vagin et comme lui souvent dans la région sous-urétrale. D'autre part, le kyste est souvent tendu, résistant, le fibrome a parfois subi une transformation œdémateuse. Les signes distinctifs tirés de la consistance s'estompent de ce fait et l'erreur de diagnostic est souvent commise. Philips a observé deux fois des fibromes qui, même après ablation, donnaient la sensation d'une tumeur liquide à parois flasques.

Il peut être nécessaire de recourir à la ponction exploratrice (Terrillon), pour trancher le diagnostic.

Les mêmes remarques s'appliquent aux *abcès vaginaux* à siège sous-urétral. Les abcès à marche aiguë ne prêtent pas à une erreur possible de diagnostic. Mais certains abcès à marche chronique, à évolution lente et indolente, qui s'entourent d'une coque indurée et épaississent la muqueuse, simulent parfois des tumeurs solides, sous forme de tuméfactions de la

grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, dures, résistantes, peu fluctuantes et ne se modifiant pas par la pression. Leur diagnostic avec le fibrome peut alors prêter à discussion (Calavassy: des abcès du septum uréthro-vaginal, Thèse de Lyon, 1894).

Le *sarcome* est rare chez la femme adulte. Pourtant on peut observer des formes sessiles ou pédiculées, qui peuvent prêter à confusion. L'induration de la base, la forme multibosselée, la fixité de la muqueuse, la fréquence et l'abondance des hémorragies, la teinte sombre noirâtre, permettraient de reconnaître le sarcome.

Il n'est pas jusqu'au *thrombus vaginal* qui, vers la fin de la grossesse ou au moment de l'accouchement, n'ait pu prêter à confusion avec le fibrome du vagin, devenu télangiectasique du fait de la grossesse.

d) *Les fibromes de la cloison vésico-vaginale* et de la *cloison recto-vaginale*, haut situés peuvent, on le sait, avoir une situation pelvienne haute et tendre à évoluer vers l'abdomen, tout en bombant dans le vagin qu'ils comblent partiellement. Ils ascensionnent l'utérus, au point que l'exploration du col utérin peut être difficile.

Il n'est alors pas toujours possible d'affirmer cliniquement qu'il s'agit d'un fibrome du vagin et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un fibrome pédiculé de l'isthme utérin, ayant subi secondairement une évolution sous-péritonéale et dédoublé en se développant le septum vésico-vaginal ou la cloison recto-vaginale.

Les signes fournis par le toucher vaginal, combiné

au toucher rectal, ne permettent pas toujours de déterminer l'origine exacte du fibrome, en dehors des cas où l'existence de fibromes utérins a été nettement reconnue et de ceux où le doigt a pu percevoir l'existence d'un cordon fibreux reliant la tumeur au col utérin, et ce n'est alors que la pièce anatomique en mains qu'il est possible de se faire une opinion (Patel).

e) Enfin, les *fibromes saillants à la vulve* ne peuvent souvent que par un examen attentif être anatomiquement déterminés.

L'aspect est celui du *prolapsus utérin complet*. La consistance, les altérations de la muqueuse, l'œdème, le sphacèle, les ulcérations paraissent identiques; parfois même on a pu distinguer au-dessous de la tumeur un orifice rougeâtre d'où s'écoule un liquide séro-sanguinolent (Potel). Dans ces conditions, l'erreur est possible et dans certains cas (Mme Boivin, Hofmohl), la tumeur prise pour un prolapsus a été réduite et un pessaire appliqué.

S'il s'agit d'un *polype* prolabé à la vulve, l'erreur est de courte durée. Le doigt insinué à la périphérie de la tumeur a vite fait de reconnaître qu'elle permet, tout autour d'elle, l'exploration du vagin sinon la perception du pédicule.

S'il s'agit d'une *tumeur sessile* de la cloison vésico-vaginale, secondairement prolabée à la vulve, il faut un examen plus méthodique pour s'assurer que la tumeur n'est pas un prolapsus. En avant, la saillie de la tumeur prolabée se continue sans sillon de démarca-

tion avec le méat urétral abaissé et étiré et la confusion, à la vue, avec une cystocèle, pourrait être absolue. Mais on est frappé immédiatement de la consistance dure et le doigt insinué dans le sillon vaginal que ménage en arrière d'elle la tumeur, a vite fait de reconnaître que le col utérin est resté haut situé, non hypertrophié. C'est alors le cathétérisme de la vessie qui va montrer qu'il ne s'agit pas d'une cystocèle. La sonde s'engage en avant vers le pubis au lieu de venir faire saillie sous le doigt qui l'attend au point culminant de la tumeur.

La manœuvre de la réduction intravaginale de la tumeur, lorsqu'elle est possible, vient alors confirmer qu'il s'agit bien d'un fibrome. Il devient possible, par cette manœuvre d'en poursuivre l'exploration et le cathétérisme vésical montre que l'urètre a changé complètement de direction une fois la tumeur réduite. Le catéther se renverse davantage encore contre le pubis et reste séparé du doigt vaginal par toute l'épaisseur du fibrome (Obs. Tixier et Bonnet).

Pronostic

Le fibromyome du vagin est une tumeur bénigne. Il expose pourtant à des complications, par les troubles fonctionnels qui l'accompagnent et les transformations anatomiques qu'il peut subir.

Les hémorragies profuses sont exceptionnelles. Elles pourraient cependant mettre la malade en danger.

Parmi les troubles de compression, les troubles urinaires sont les plus importants. C'est lorsque le fibrome devient saillant à la vulve, que commencent vraiment les complications. Les troubles vasculaires, l'infection développée à la faveur des irritations mécaniques, des ulcérations, du sphacèle de la muqueuse, aboutissent à la nécrose, à la transformation oedémateuse ou à la gangrène du fibrome.

Si on ajoute à cela que le fibromyome peut subir la dégénérescence sarcomateuse on conçoit que cette tumeur n'a que son heure de bénignité.

Mais c'est surtout à l'occasion de la grossesse que se manifestent les complications les plus graves du fibrome du vagin.

La grossesse active le développement du fibrome et

lui imprime les transformations télangiectasiques (Boutin) qui peuvent donner lieu aux hémorragies les plus redoutables. Si le fibrome est pédiculé, il subit pendant le travail des troubles de sa vascularisation tels que le sphacèle rapide peut en être la conséquence et devenir une cause d'infection.

Quant au fibrome lui-même il est susceptible d'apporter au cours du travail un obstacle mécanique qui n'est pas à négliger. A vrai dire, le ramollissement que subit le fibrome au cours de la grossesse lui permet un modelage relatif qui l'adapte aux nécessités de l'accouchement. Un fibrome, s'il est pédiculé, peut se trouver refoulé à la partie antérieure de la vulve au moment du dégagement.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi.

La durée du travail peut entraîner la mort de l'enfant. D'autre part, l'accouchement a pu entraîner l'arrachement du fibrome et la déchirure de la vessie. Une intervention d'urgence s'impose sur le fibrome. Pillore dut pratiquer l'opération césarienne.

Traitement

Les indications du traitement chirurgical ne paraissent pas, à priori, évidentes et l'on pourrait être tenté de temporiser ou d'abandonner à son évolution une tumeur dont on sait qu'elle est bénigne de nature et lente dans son développement. Elles deviennent formelles si l'on tient compte des troubles fonctionnels que réserve l'avenir, des transformations anatomiques possibles et surtout, chez une femme encore jeune, des graves complications à prévoir s'il survient une grossesse.

On peut donc dire que tout fibrome du vagin doit être enlevé.

La technique opératoire est variable comme le sont les formes anatomiques :

1° TUMEURS PÉDICULÉES.

Les procédés anciennement employés pour leur bénignité apparente, tels que l'écrasement du pédicule, la torsion, la section simple du pédicule, doivent être actuellement rejetés, en raison des risques d'hémorragie auxquelles expose la rétraction des vaisseaux du pédicule, souvent très vasculaire; de la blessure pos-

sible de la vessie ou du rectum, entraînés par la traction sur le pédicule.

L'extirpation après section méthodique du pédicule est la méthode de choix :

Si le fibrome est de petit volume, l'opération est simple : Elle se réduit, le polype étant attiré à l'aide d'une pince de Museux, aux temps suivants :

incision circulaire de la muqueuse autour du pédicule, près de la base ;

ligature du pédicule après transfixion ;

section du pédicule au delà de la ligature ;

suture longitudinale des lèvres de l'incision muqueuse.

Les seuls risques possibles : blessure de la vessie ou du rectum doivent être connus pour être évités. On a conseillé de s'assurer, au préalable, qu'aucun récessus vésical ou rectal ne s'insinue dans le pédicule, par le toucher rectal, la cystoscopie. En réalité, les tumeurs anatomiquement pédiculées ne renferment aucun diverticule vésical, ni rectal, et il ne sert à rien de s'en assurer à l'avance (Nous avons montré déjà que ce sont les tumeurs sessiles prolabées qui entraînent avec elles un infundibulum vésical ou rectal). C'est la traction elle-même exercée sur le pédicule qui crée un infundibulum inexplorable à l'avance. Tout au plus peut-on contrôler que la traction ne crée pas de diverticule rectal.

Lorsque le polype, *trop volumineux*, comble le vagin, on peut tenter de l'abaisser en l'attirant à l'aide de fortes pinces, ou même en utilisant le forceps obstétrical. On procède alors à la section du pédicule.

Mais si le volume de la tumeur ne permet pas de l'extraire du vagin, le morcellement reste la méthode

de choix. On ne sait dans de tels cas si l'on a affaire à un polype utérin ou à un polype du vagin et c'est l'intervention elle-même qui démontre l'origine vaginale du fibrome. Il convient donc de se rappeler lorsqu'on est conduit à pratiquer le morcellement d'un volumineux fibrome comblant le vagin et d'origine inconnue, que l'on peut se trouver en présence d'un fibrome du vagin et l'on devra s'attendre à rencontrer le pédicule et les vaisseaux au voisinage de la paroi antérieure du vagin.

2° TUMEURS SESSILES DE LA CLOISON.

L'énucléation vaginale des tumeurs de moyen volume, occupant la cloison, est ordinairement facile : Après incision longitudinale de la muqueuse, jusqu'au contact de la tumeur, le fibrome tend le plus souvent à s'énucler de lui-même et se clive facilement de sa loge, sans hémorragie notable.

La suture de la muqueuse, au-devant de l'espace mort créé par l'énucléation devrait avoir pour complément un tamponnement serré du vagin. Ce procédé a donné d'excellents résultats (Philips).

Actuellement, on préfère réaliser le capitonnage de la loge d'énucléation à l'aide de crins chargeant le plan profond et serrés sur un rouleau de gaze au-devant des lèvres de la muqueuse, suturées ou non.

Pourtant, l'énucléation n'est pas toujours facile : les fibromes sous-urétraux, en particulier, adhèrent à l'urètre de façon intime aidée par la présence d'un cathéter dans le canal. Une dissection minutieuse permet d'éviter la blessure de l'urètre, sinon, la dénudation de ses fibres musculaires.

Lorsque la tumeur siège dans le cul-de-sac latéral, il faudra se souvenir que l'artère utérine et l'urètre se croisent à ce niveau.

Les tumeurs de la cloison, *prolabées* à la vulve, doivent être extirpées de même. Mais c'est alors, dans ce cas beaucoup plus que lorsqu'il s'agit de tumeurs pédiculées, qu'il faut se méfier des diverticules de la vessie ou du rectum, entraînés par le prolapsus. Ces tumeurs apparemment pédiculées ne sont que prolabées, et une exploration anatomique minutieuse en doit être faite, après réduction intravaginale, si possible, avant l'acte opératoire.

Dans ces fibromes *prolabés*, il ne faut donc pas inciser la muqueuse vaginale au voisinage de la base de ce qui paraît être un pédicule large. On s'exposerait à blesser dans ce premier temps la vessie ou le rectum. L'incision longitudinale, au point culminant de la tumeur, ou lorsque la muqueuse est saine, l'incision losangique circonscrivant, pour l'enlever avec le fibrome, la zone de muqueuse ulcérée ou sphacélique permettra le plus souvent une énucléation facile. Malgré toutes les précautions, les risques d'infection de la loge sont alors réels.

D'autres tumeurs de la cloison restent haut situées. Lorsqu'elles sont difficilement abaissables, directement ou par l'intermédiaire du col, on peut être gêné pour l'extirpation et être obligé de se donner du jour par le déglutement latéral vagino-vulvaire, comme le conseille Kelly.

Mais quelquefois ces tumeurs haut situées, développées dans la cloison vésico-vaginale ou recto-vaginale,

bien que bombant fortement dans le vagin, sont difficilement abordables par là, d'autant qu'elles élèvent l'utérus. Elles sont, d'autre part, sous-péritonéales du côté de l'abdomen, et c'est alors que se pose l'indication d'intervenir par l'abdomen (Duvergey, Patel, thèse de Chaubet), d'autant que ces tumeurs ne peuvent être cliniquement distinguées des fibromes pédiculés de l'isthme, à développement sous-péritonéal, et qu'on est en droit de suspecter l'existence d'autres fibromes de l'utérus justiciables de l'hystérectomie.

Lorsqu'une tumeur fibreuse du vagin est observée *au cours de la grossesse*, elle prend de ce fait un caractère de véritable malignité à cause des accidents qu'elle peut provoquer pendant le travail et l'expulsion du fœtus.

L'intervention s'impose donc. Il est d'ailleurs fort rare que l'acte chirurgical ait pour conséquence l'interruption de la grossesse.

Si l'on est appelé seulement *au moment du travail*, l'extirpation du fibrome s'impose de façon absolue: il faut à tout prix libérer les voies génitales. L'extirpation à ce moment peut être plus délicate en raison des troubles de vascularisation.

La césarienne pratiquée autrefois par Pillore n'aurait, à l'heure actuelle, que des indications d'exception.

Après la délivrance, la constatation d'un fibrome du vagin par la connaissance des risques de gangrène du fibrome à ce moment, commande de même son extirpation.

Observations

Nous apportons ici une observation type de chacune des variétés anatomiques de fibromes du vagin.

- 1° Petits fibromes sous-muqueux (Desgoutte).
- 2° Polype intravaginal (Cadenat).
- 3° Fibrome sessile de la cloison (J. Philips).
- 4° Fibrome sessile prolabé à la vulve (Tixier).
- 5° Fibrome sous-urétral (Condamin).
- 6° Fibrome du septum vésico-vaginal à évolution sous-péritonéale (Duvergey).
- 7° Fibrome de la cloison recto-vaginale à évolution sous-péritonéale (Patel).
- 8° Fibrome et grossesse (Porro).
- 9° Fibrome migrateur de l'utérus (Dubar).

OBSERVATION I

(Obs. due à l'obligeance du Docteur DESGOUTTE).

*Fibrome utérin avec salpingite double. — Pelvi-péritonite.
Petit fibrome sous-muqueux.*

Mme A..., 47 ans, observée en février 1921.

Depuis 8 ans : hémorragies; douleurs; amaigrissement. On fait à ce moment le diagnostic de fibrome utérin.

Actuellement : la malade est cachectique, présente une fièvre continue au voisinage de 39°. Etat très grave.

On prend l'avis d'un chirurgien éminent, qui, percevant des noyaux dans la paroi vaginale, croit à un *cancer du corps utérin infecté avec greffes vaginales*.

Connaissant le passé de la malade, le Docteur Desgoutte reste fidèle au diagnostic de fibrome, accompagné de salpingite double, pelvi-péritonite.

Opération conduite très rapidement, en raison de la gravité de l'état général.

Laparotomie. Castration. Hystérectomie subtotale.

On trouve des poches abudées périutérines, et un gros fibrome enflammé. Salpingite double. Il n'y a pas de néoplasme.

On termine l'opération par un petit Mikulicz et un drainage abdomino-vaginal.

Suites extrêmement simples. Guérison rapide et parfaite.

OBSERVATION II

De F.-M. CADENAT, chirurgien des hôpitaux.

(*Gynécologie et Obstétrique*, t. III, 1921, p. 21).

Polype intravaginal.

Mme M..., 39 ans, ménagère. Entre à Beaujon, salle Malgaigne, le 27 mars 1920.

Elle s'est aperçue, il y a six ans, de la présence dans le vagin d'une grosseur du volume d'une noix. La tumeur absolument indolore, ne la gênait pas beaucoup, sauf cependant dans la position debout où elle provoquait une sensation de pesanteur.

Il y a cinq ans, la malade a eu un enfant et la tumeur devenue plus volumineuse, gêne un peu le passage de la tête. L'accouchement se fait cependant normalement.

Progressivement, la tumeur augmente de volume et gêne par ses dimensions et les troubles urinaires qu'elle détermine. Debout, la malade éprouve une légère pesanteur et un besoin continuel d'uriner. La miction est difficile et se fait par à-coups. Dans la position couchée, les envies d'uriner sont moins impérieuses.

Examen : A l'inspection, la tumeur fait relief marqué au-dessus et à droite de l'orifice urétral. Au toucher vaginal, on sent sur la face antérieure du vagin, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur allongée dans le sens antéro-postérieur, de forme cylindrique, longue de 10 centimètres environ sur 3 centimètres de large. Sa consistance est ferme, non fluctuante. Elle est nettement mobile sur les plans profonds, et la muqueuse glisse sur elle, sauf à la partie centrale où il existe une ulcération de caractère banal due sans doute au frottement et autour de laquelle la muqueuse est légèrement adhérente. Cette tumeur est manifestement à droite de la ligne médiane et indépendante de l'urètre. Le cathétérisme vésical montre qu'il n'existe pas de rétention d'urine; la malade vide complètement sa vessie.

Intervention, le 1^{er} avril. Incision longitudinale après traction sur le col qui se laisse facilement abaisser. L'ulcération est circonscrite et enlevée. La tumeur peut être facilement énuclée et enlevée sans hémorragie importante. A aucun moment l'urètre situé plus en dedans n'est inquiété. Suture au catgut par points de capiton.

Examen de la pièce : A la coupe, il ne s'agit pas d'un kyste (dont le diagnostic avait été discuté), mais d'une tumeur d'aspect fibreux. L'examen histologique confirme le diagnostic de fibrome. Voici la note transmise par le Docteur M. Renaud, chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu :

« La tumeur est essentiellement constituée par de minces trousseaux de longues fibres conjectives, fibres jeunes à nombreux noyaux. Le tissu est relativement lâche, les fibres des trousseaux étant nettement distinctes et les trousseaux séparés les uns des autres par de larges espaces interstitiels pleins de sérosité. Les vaisseaux sont nombreux, à paroi épaisse et riche en cellules conjectives. La tumeur est homogène et son architecture est dans tous les points également régulière. Il s'agit d'une tumeur conjective, de type bénin, à laquelle s'applique parfaitement l'appellation de fibrome. »

OBSERVATION III

(De John PHILIPS)

(*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1899)
Fibrome sessile de la cloison.

A..., 49 ans, a, durant toute la période de sa vie sexuelle, souffert extrêmement de névralgies et de rhumatismes; presque toujours elle a reçu des soins médicaux. Trois ans avant que je fusse appelé à la voir, elle s'était plainte à son médecin de souffrir de quelque chose qui pressait sur sa vessie. L'examen montra une tuméfaction petite, en apparence mobile, dans la paroi vaginale antérieure et inférieure. Jusqu'à trois ou quatre années auparavant, menstruation normale; depuis, très irrégulière, avec de longues périodes d'aménorrhée alternant avec des pertes durant quelques jours. Trois ou quatre semaines avant, elle eu un écoulement vaginal très irritant, ayant de l'odeur, laquelle ne disparut que grâce à des irrigations vaginales répétées. Cet écoulement se renouvela plusieurs fois, et l'on supposa que la tuméfaction s'était rompue et évacuait une partie de son contenu par le vagin. La malade avait formellement refusé tout traitement chirurgical. Actuellement, elle accusait un besoin constant d'uriner et un écoulement de mauvaise odeur. Elle a engraisé et ne présente d'autres troubles pathologiques que son extrême névrose. Le palper hypogastrique donne seulement la sensation d'une tuméfaction située sur la ligne médiane et s'élevant juste au-dessus du détroit supérieur du bassin.

Examen par le vagin : Moitié antérieure du bassin occupée par un néoplasme élastique, presque fluctuant, lisse, commençant en bas juste au-dessus de l'orifice interne de l'urètre, remontant vers le détroit supérieur et situé au-dessous de la muqueuse de la paroi antérieure du vagin. Il empiétait tellement sur le canal vaginal qu'on ne réussissait qu'avec beaucoup de patience et de peine à atteindre avec le doigt explorateur le col de l'utérus. Avec un cathéter dans la vessie et un doigt dans le vagin on se rendait compte qu'il était

limité au bassin et à la paroi antérieure du vagin. La muqueuse du vagin était mobile au-dessus de lui. Pas de connexions apparentes avec l'utérus. Les tissus qui recouvraient la portion inférieure avaient une coloration pourpre. Pas traces d'ouverture, d'orifice sur les parois de la capsule. Un examen pratiqué après anesthésie confirma tous ces détails. Utérus de volume normal, légèrement rétroversé et enclavé au-dessous du promontoire. La tumeur donnait au toucher la sensation d'un kyste tendu, contenant un liquide dont on retira une faible quantité, évacuation qui laissa les parois un peu flasques.

L'écoulement désagréable qu'on a signalé était le résultat de la rétention au-dessus de la tumeur d'une certaine quantité de sang menstruel, et non d'une évacuation ayant sa source dans le néoplasme. Le diagnostic était extrêmement difficile et oscillait entre : a) fibrome sous-séreux, pédiculé, enclavé; b) forme rare de périmérite antérieure; c) kyste vaginal; d) kyste dermoïde de l'ovaire; ou enfin, e) fibromyome du vagin.

Opération. — Après irrigation antiseptique et soins préliminaires usuels, la femme étant placée dans la position exagérée de la taille, la muqueuse du vagin fut incisée au niveau de la portion inférieure de la tumeur. Il ne s'écoula pas de liquide et le néoplasme apparut solide et encapsulé. Enucléation très laborieuse et hémorragie abondante. La tumeur enlevée, une sonde dirigée en haut pénétra de six pouces dans la loge. Un certain nombre de pinces furent appliquées sur les points saignants. Puis, la loge ayant été touchée avec une solution iodurée fut bourrée de gaze. Une nouvelle hémorragie s'étant produite avant le réveil de l'opérée, il fallut appliquer un plus grand nombre de pinces. *Guérison* régulière et apyrétique, mais persistance de troubles nerveux.

Examen de la tumeur. — Néoplasme lobulé, dur, encapsulé du poids de 14 onces 1/2, diamètre longitudinal 5 pouces, transverse 3 pouces 1/2, de forme triangulaire et donnant une vague sensation de fluctuation. Au microscope, constatation d'éléments cellulaires rappelant exactement par leurs formes et leurs dispositions ceux des fibromes utérins; un mélange d'éléments fibreux et musculaires.

OBSERVATION IV

(Clinique du Professeur TIXIER, *Registre Sainte-Anne*,
1924, p. 51)

(Observation rédigée par le Professeur agrégé Paul BONNET)
Fibrome sessile prolapsé à la vulve.

A... Antoinette, 41 ans, cuisinière.

La malade est adressée à l'hôpital pour « chute de matrice ».

Aucun antécédent pathologique important.

La malade est porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite.

Réglée à 13 ans: règles régulières absolument normales jusqu'à présent.

La malade n'a jamais été enceinte.

Il y a deux ans environ, la malade s'était aperçue qu'au moment de la miction une petite tumeur du volume d'une noix apparaissait à la vulve. Elle rentrait facilement sous la pression du doigt. Cette tumeur augmente de volume, au point de devenir gênante dans le coït. La malade en cachait l'existence, mais son amant la pressait de se faire examiner, disant : « Vous prenez quelque chose, il faut vous faire voir à un docteur ».

Bientôt, à mesure que la tumeur augmentait de volume, apparurent des troubles fonctionnels :

Ce furent d'abord des *troubles urinaires*. La tumeur sortait à la vulve à chaque miction et la malade la refoulait. Mais bientôt la tumeur, sortant à nouveau, provoquait un impérieux besoin d'uriner. Une pollakiurie s'installa, accompagnée de dysurie, de gêne à la miction, au point que la malade, les derniers temps, urinait toutes les heures. La position couchée atténuait ces troubles, une fois la tumeur réintégrée dans le vagin et la malade n'était obligée de se lever que deux fois dans la nuit.

Jamais il n'y eut de crise de rétention.

Par contre, l'incontinence apparaissait à chaque quinte de toux.

Les troubles de la défécation étaient peu importants. La tu-

meur faisait issue hors de la vulve à chaque effort, mais les troubles se bornèrent là.

La tumeur n'occasionna pas de pertes blanches.

Ces derniers six mois, tous les troubles s'exagéraient et des hémorragies apparurent. Chaque fois que la tumeur sortait, elle était le siège d'hémorragies assez abondantes.

Un autre symptôme, très particulier, avait fait son apparition, dont les rapports avec la tumeur, évidents pour la malade, étaient difficiles à interpréter : lorsque la tumeur cessa d'être réductible, dans les derniers mois, des *quintes de toux* apparurent, qui furent qualifiées de « toux nerveuse », intolérables et tellement intenses que la malade, à la suite de la quinte, était prise de *vomissements* et en était arrivée à vomir chaque soir son repas.

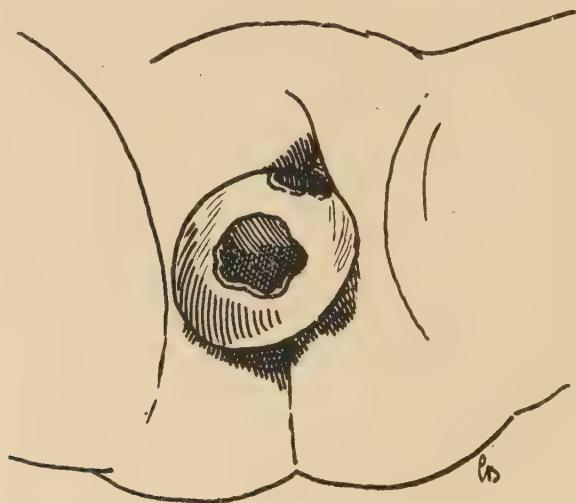


Fig. 8. -- Fibrome de la cloison vesico-vaginale prolabé à la vulve, ulcéré en surface.

Depuis quelques mois, la tumeur devenait irréductible. La malade depuis quelque temps devait se coucher après chaque miction pour en effectuer la réduction. Celle-ci faite, elle appliquait, à l'aide de serviettes, une sorte de bandage qu'elle serrait fortement, prenant point d'appui sur un bandage herniaire.

Malgré cela, la tumeur n'était pas toujours contenue et depuis deux mois la tumeur était devenue définitivement irréductible. Dès lors, apparurent des ulcérations, un suintement fétide.

Entre temps, il y a quelques mois, la malade fut hospitalisée dans un service de gynécologie et examinée par un certain nombre de médecins qui, tous, firent le diagnostic de prolapsus utérin. L'opération fut différée en raison d'une brûlure profonde et étendue de la jambe survenue dans une chute de motocyclette.

Ces derniers temps, n'en pouvant plus, la malade est adressée en consultation au Professeur Tixier.

A l'entrée dans le service, l'aspect est absolument celui d'un prolapsus couvert de plaques sphacéliques (fig. 8). On dirait une cystocèle avec gangrène de la paroi vésico-vaginale.

Mais au toucher, on est surpris de constater que le col est resté haut situé, petit, non hypertrophié, et qu'il n'y a pas du tout de rectocèle. Cela paraît étrange.

L'urètre est évasé en fleur d'arum par la tumeur. Le cathétérisme ne fait pas diminuer le volume de la tumeur, ne la rend pas réductible, et le doigt placé en arrêt dans le vagin ne perçoit pas le contact de la sonde. D'autre part, la tumeur est plutôt solide que résistante.

On se rend ainsi compte qu'il s'agit d'autre chose que d'une cystocèle. On réduit la tumeur avec un peu de peine dans le vagin. Le toucher vaginal, la vessie une fois vide, montre que le vagin est obstrué par une tumeur du volume d'une très grosse orange, solide. Le cathétérisme est devenu très difficile, une fois la tumeur réduite, car l'urètre est avalé. La sonde se dirige tout contre le pubis et le doigt vaginal ne la perçoit pas. Il s'agit d'un fibrome de la paroi vésico-vaginale, saillant dans le vagin, pourtant non pédiculé.

Intervention, 5 février 1924. — Prof. Tixier, Docteur Bonnet, Docteur Ricard, sous-anesthésie générale.

La malade étant en position gynécologique, on aperçoit, saillant sous la muqueuse de la paroi antérieure qui se projette au dehors, une tumeur du volume d'une orange, molle, en train de se sphaceler, ayant tendance à s'énucler par

l'intermédiaire de deux perforations de la muqueuse, perforations verdâtres, sphacéliques.

C'est un fibrome du repli médian de la cloison vaginale antérieure.

Incision sagittale de la muqueuse.

On repère l'urètre et la paroi inférieure de la vessie en y plaçant un hystéromètre. On cherche un plan de clivage en se portant le plus loin possible en arrière, dans la région où la gangrène n'existe pas, et on arrive à énucler rapidement la tumeur.

Capitonnage en laissant non suturées les lèvres de l'incision.

Suites opératoires extrêmement simples. Cicatrisation rapide. Le toucher montre ensuite les organes en place, sans aucun prolapsus.

Examen de la pièce. : Il s'agit d'un fibrome en voie de dégénérescence œdémateuse au voisinage des ulcérations de la muqueuse.

L'examen histologique pratiqué en différents points de la tumeur par le Docteur E. Pollosson et le Docteur J. Martin, montre qu'il s'agit d'un fibrome pur, par places œdémateux.

Suites éloignées. — La malade, à l'occasion de notre travail, est revue par le Professeur agrégé P. Bonnet, le 24 avril 1926.

La malade, convoquée, vient enchantée se soumettre à l'examen. Elle va extrêmement bien et demande si on peut la débarrasser de sa hernie que le bandage maintient mal.

Tous les troubles fonctionnels ont disparu, depuis les troubles urinaires jusqu'à la toux quinteuse et aux vomissements. La malade, qui vomissait tous les jours pendant les mois qui précédèrent l'intervention, n'a vomi qu'une fois depuis deux ans, au moment où elle eut la grippe.

L'examen gynécologique montre une vulve absolument normale, plutôt petite. Le toucher vaginal permet à peine de percevoir, au niveau de la colonne antérieure du vagin, de petits replis de la muqueuse qu'on pourrait croire normaux. L'utérus est en bonne place, le col très haut et normal. Il n'y a, dans les efforts, aucun degré de cystocèle.

Un gynécologue non prévenu ne pourrait pas soupçonner que la malade a subi une intervention.

OBSERVATION V

R. CONDAMIN (*Arch. provinc. de Chirurgie*, 1894, p. 571)
Fibrome sous-urétral du vagin.

*Fibrome juxta-urétral. Agrandissement considérable
de l'urètre. Enucléation.*

C. A..., âgée de 33 ans, née à Savigneux (Ain), entre à la Charité le 5 mars 1894, dans le service du Professeur Laroynne, pour être débarrassée d'une grosseur qu'elle porte entre les grandes lèvres.

Réglée à 16 ans et depuis toujours régulièrement. Ses règles sont peu abondantes, durent deux ou trois jours. Jamais de grossesses ni de fausses-couches; mariée depuis huit ans. Bonne santé générale.

Le début de son affection remonterait à douze mois. A ce moment, elle se serait aperçue d'une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, siégeant très probablement, d'après les renseignements un peu vagues que l'on obtient de la malade, au niveau de l'orifice urétral. Cette tumeur, depuis six mois, aurait augmenté sensiblement. A plusieurs reprises, il s'est effectué des hémorragies assez sérieuses, ayant pour point de départ la surface ulcérée de cette tumeur.

Etat actuel. — On constate actuellement, dans la région sous-pubienne une tumeur bourgeonnante, à son extrémité inférieure où la muqueuse qui la recouvre partout ailleurs est bourgeonnante et ulcérée. Elle présente le volume d'un gros œuf de dinde. Elle siége à droite et au-dessus du méat et du canal urétral qui présente une forme aplatie et qui est considérablement dilaté. Le méat et le canal urétral admettent facilement l'index, qui peut pénétrer sans peine dans l'intérieur de la vessie. L'urètre est un peu déjeté à gauche par suite du développement qu'a pris la tumeur. Par le toucher vaginal et urétral combiné, on sent très nettement que cette tumeur est constituée par deux masses principales réunies, dont la plus petite est adjacente à la partie supérieure de la petite lèvre qui est dédoublée. Elle ne plonge pas dans l'épaisseur du vagin au delà de la hauteur du ligament triangulaire du pubis.

Une partie de la tumeur est en dehors des grandes lèvres ; sa surface muqueuse est légèrement cutanisée à ce niveau : à son extrémité antérieure, il existe deux bourgeons fongueux qui passent à travers une éraillure de la muqueuse ulcérée. Celle-ci, dans son ensemble, paraît peu adhérente aux plans sous-jacents.

L'utérus occupe sensiblement sa place normale, mais il est atrophié. Sa cavité ne mesure que 4 à 5 centimètres au plus. Les culs-de-sac sont complètement effacés surtout en avant.

Les rapports conjugaux, malgré la présence de la tumeur, qui semble occlure la vulve, étaient possibles. Ils n'étaient nullement hétérotopiques, comme pourrait, à *priori*, le faire croire la dilatation considérable du méat urinaire et du canal urétral.

Opération. — Le 9 mai 1924. On décortique facilement cette tumeur de son enveloppe fibro-muqueuse; on s'efforce dans cette décortication de rester aussi près que possible de la tumeur pour ne pas enlever une partie des parois urétrales qui sont adjacents. On résèque ensuite une partie de cette muqueuse, qui enveloppait la tumeur et l'on en pratique la suture, de façon à reconstituer dans leur état normal et le méat urinaire et la portion adjacente de la vulve. Comme on peut le voir sur la figure ci-dessus, le méat urinaire qui, avant l'opération, était réduit à une fente semi-lunaire, forme maintenant un orifice arrondi, rappelant un orifice hyménal. Il est légèrement projeté en avant et paraît occuper le centre de la vulve.

Après l'opération, la région urétrale et juxta-urétrale est enduite de vaseline iodoformée. Un tampon de gaze iodoformée est introduite dans le vagin pour exercer sur la paroi supérieure de celui-ci un certain degré de pression.

Le jour même de l'opération, la malade urina spontanément, ainsi que les jours suivants. Elle ne présente pas d'incontinence, comme on s'y attendait un peu.

Huit jours après l'opération, elle pouvait rentrer chez elle complètement guérie.

OBSERVATION VI

DUVERGEY (In *Thèse Gaudichon*))*Fibrome du septum vésico-vaginal
à évolution sous-péritonéale.*

Hélène B..., âgée de 43 ans, cultivatrice. Entre à l'hôpital Saint-André le 14 septembre 1920, salle 8, lit 25, dans le service de M. le Professeur Villard, que j'ai l'honneur de suppléer.

Cette malade se plaint de métrorragie et de troubles de la miction, elle a constaté une augmentation du volume de son ventre.

Sans antécédents héréditaires intéressants ; elle a été réglée à 13 ans et a toujours eu une menstruation régulière ; elle a eu deux accouchements normaux, pas d'avortement, et a toujours joui d'une excellente santé.

En octobre 1919, il y a un an, elle s'est aperçu que son ventre augmentait de volume. A ce moment, aucun trouble ; quelques pertes blanches.

En juillet 1920, des troubles ont apparu. Mictions fréquentes et douloureuses.

Le 18 août 1920, elle eut pendant quarante-huit heures une rétention d'urine, qui céda à un cathétérisme. Le 30 août, au moment de ses règles, elle présenta une hémorragie assez abondante par le vagin. Elle s'alita et resta immobile jusqu'à son entrée à l'hôpital. Un médecin porta le diagnostic de fibrome utérin, et c'est avec ce diagnostic qu'elle fut envoyée à l'hôpital par M. le Professeur agrégé Mauriac. A l'examen, femme petite un peu obèse, dont l'abdomen est développé. La palpation est difficile en raison du développement adipeux de la paroi. La palpation abdominale ne relève rien de net. Le doigt, à peine entré dans le vagin, sent à 3 centimètres de hauteur, au niveau de la paroi antérieure du canal vaginal une tumeur volumineuse qui bombe dans la cavité vaginale et la remplit tout entière.

Cette tumeur, solide, de consistance ferme, de configuration régulière, remonte, en haut et sa limite supérieure n'est pas atteinte. Le col utérin n'est pas perceptible. Rien d'anor-

mal en arrière, au niveau de la paroi vaginale postérieure. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement. L'examen au spéculum montre l'existence d'une tumeur volumineuse repoussant la paroi vaginale inférieure. La muqueuse de cette paroi est éraillée; par place même exulcérée. Elle saigne facilement, elle est distendue.

En soulevant avec une valve vaginale la tumeur, on finit par découvrir, en arrière, surélevé, le col utérin, qui ne peut être abaissé. L'utérus est repoussé en arrière, le corps est si élevé qu'on ne le perçoit que par le toucher rectal. L'analyse d'urine révèle 0 gr. 30 d'albumine par litre. Le dosage de l'urée dans le sang montre que l'urée contenue dans un litre de sang est de 0 gr. 10.

L'opération est décidée. La laparotomie est exécutée le 25 septembre 1920, sous chloroforme, avec l'assistance de M. Labuchelle, interne de service. Incision médiane sous-ombilicale. La vessie est élevée et se trouve à demi-pleine d'urine, au-dessus de la symphyse pubienne remontant à mi-chemin de l'ombilic. L'utérus est normal, avec ses annexes, mais il est élevé. Le doigt sent, entre le vagin et le bas-fond vésical une tumeur volumineuse, occupant la partie antérieure du pelvis. L'hystérectomie abdominale subtotale est pratiquée. Elle est rendue pénible par ce fait que l'utérus se détache très facilement de l'excavation. Une fois l'utérus enlevé, le col utérin, restant fixé en arrière, une volumineuse tumeur est énuclée d'une loge celluleuse située dans la cloison vésico-urétro-vaginale. Elle n'a aucune connexion avec le corps utérin enlevé, ni avec le col.

La tumeur enlevée, la vessie reprend sa place. Il reste une cavité énorme, suintant d'un peu de sang, comprise entre le vagin, l'urètre et la vessie, plongeant profondément dans le voisinage de la vulve. On dirait un second vagin. Une pince introduite dans le vagin montre que ce conduit est bien en arrière et n'a pas été ouvert. Un tamponnement à la Mikulicz avec un drain est placé dans cette cavité qui est refermée par-dessus en partie; la péritonisation et la suture de la plaie sont terminées, l'opération a duré une heure. Suites opératoires normales; la mèche et le drain sont enlevés au bout de deux jours. L'opérée quitte l'hôpital de 17 octobre 1920. L'examen

montre que le col utérin est à sa place; la paroi vaginale antérieure est normale, tous les troubles ressentis ont disparu.

La tumeur enlevée a le volume d'une tête de nouveau-né; elle pèse 680 grammes. Elle est de forme ovoïde, son grand axe étant dirigé dans le sens de la cloison vésico-vaginale. La surface en est très régulière. A la coupe, tissu blanc gris brillant, criant sous le couteau, d'aspect absolument homogène. Un fragment de la tumeur a été soumis à l'examen de M. le Professeur Sabrazeis, dont je transcris la note :

« Fibro-sarcome, du type fuso-cellulaire, contenant beaucoup de géodes, des petits vaisseaux sous paroi propre. Les cellules ont une orientation en faisceaux coupés dans plusieurs plans. Elles sont souvent parallèles les unes aux autres. Les faisceaux sont très bien limités, à contours ondulés. Autour d'eux, s'interposent des bandes de tissus conjonctifs à cellules plus ou moins rares, à noyaux plus effilés. La prolifération cellulaire est très marquée dans le foyer sarcomateux (polymorphisme nucléaire, encoches, bourgeonnements, noyaux bigeminés). Ces noyaux sont souvent ovales ou en bâtonnets. Ils sont vacuolisés dans le territoire de la tumeur et oedémateux; dans le tissu conjonctif qui sépare les bandes sarcomateuses, on trouve quelques cellules plasmiques. La tumeur montre des vaisseaux de nouvelle formation, vides de sang; l'orientation des cellules et leur morphologie peuvent faire penser à un myosarcome; mais les colorations hématoxylines-fuschine picrochrome, montrent un développement de collagènes plus considérable qu'on pourrait le penser, d'après les préparations hématoxyline-éosine. Il y a un véritable réseau collagène, en serrant les cellules, pénétrant jusque dans l'intimité du foyer sarcomateux. Cette particularité justifie l'étiquette : fibro-sarcome et comporte des réserves relativement à l'origine myomateuse de l'élément néoplasique, puisque les cellules du néoplasme se comportent dans l'état actuel de la tumeur comme du tissu conjonctif au niveau duquel s'élabore du collagène.

« En tout cas, tumeur d'apparence maligne. »

OBSERVATION VII

PATEL (In *Thèse* de Chaubet)

*Fibrome de la cloison recto-vaginale
à évolution sous-péritonéale.*

M... Marie, 45 ans.

Entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 24 décembre 1921. Pas d'antécédents morbides personnels, ni héréditaires. Un accouchement normal, il y a dix-neuf ans.

La malade entre à l'hôpital parce que son ventre a augmenté de volume et surtout parce qu'elle ne peut pas uriner. A l'examen, on trouve, en effet, l'abdomen distendu, la vessie pleine et faisant saillie à l'hypogastre.

Après cathétérisme, on se rend compte par le toucher vaginal qu'il existe une tumeur dure enclavée et fixée, développée profondément et en arrière de la lèvre postérieure du col.

L'orifice cervical est placé très haut, immédiatement derrière le pubis. Le fibrome paraît être peu volumineux, mais absolument immobile.

27 décembre : intervention.

Laparatomie transversale sus-pubienne.

Après ouverture du péritoine, on reconnaît l'utérus élevé mais absolument normal avec ses annexes, et, immédiatement en arrière de lui, une tumeur volumineuse qui plonge dans l'espace recto-vaginal. On reconnaît que cette tumeur est sous-péritonéale, et les plans superficiels sont incisés de façon à pouvoir en faire l'énucléation.

Hystérectomie totale. Appendicectomie complémentaire. Le soir même, incontinence d'urine.

28 décembre : la malade urine normalement, bien qu'avec un peu de fréquence.

On enlève les tampons.

Suites de l'opération sans incidents.

La malade se lève le 5 janvier 1922.

25 janvier 1922 : sortie de l'hôpital après guérison complète.

Examen de la pièce. — La tumeur est du volume d'une

grosse orange et de consistance dure, régulière, donnant l'impression d'un fibrome.

L'utérus, ainsi que les annexes sont intacts.

La tumeur n'est pas reliée par un pédicule nettement établi ni à l'isthme ni à la face postérieure du vagin. De toute façon, il s'est développé aux dépens de la zone située au-dessous du péritoine.

A la coupe : pas de zone kystique.

Au point de vue pathologique, plusieurs hypothèses sont envisagées :

a) Fibrome de l'isthme ou de la lèvre postérieure du col qui s'est désolidarisé d'avec son point d'origine;

b) Fibrome de la paroi postérieure du vagin;

c) Tumeur développée aux dépens de débris embryonnaires résultant des canaux de Müller ou du corps de Wolff Gartner.

Examen histologique (Laboratoire d'Histologie, le 12 février 1922). — Fibrome formé de tissus constitués par de fortes travées fibreuses entre lesquelles sont disposées des cellules allongées du type musculaire lisse groupées en amas compacts.

Conclusion : Fibromyome.

OBSERVATION VIII

Edoardo PORRO.

Fibromyome utérin siégeant dans la paroi vésico-vaginale, ayant perdu toutes connexions avec l'utérus. — Grossesse.

(*Annales de Gynécologie*, 1876, p. 72)

Il s'agit d'une primipare de 26 ans, sans antécédents héréditaires et d'une excellente santé habituelle, entrée le 11 octobre à la maternité de Milan. Grossesse sans accidents.

Un mois auparavant, à huit jours d'intervalle, elle eut deux fois un écoulement sanguin assez abondant par le vagin ; mais sans phénomènes graves.

Le 11 octobre, à minuit, commencement du travail. L'examen fait par le Docteur Porro révèle les particularités suivantes : bassin bien conformé, utérus en obliquité antéro-latérale droite; contractions rapprochées, longues, très énergiques; pouls fœtal faible, irrégulier, très fréquent. En bas, à gauche, écoulement du liquide amniotique teinté de méconium; vagin très sensible. Urètre très gros, gonflé, ne pouvant être suivi jusqu'à la partie supérieure de symphyse parce que, derrière celle-ci, est une tumeur lisse, de consistance fibreuse, occupant toute la paroi antérieure, le côté droit et une partie du côté gauche du bassin. Le doigt porté en arrière vers la concavité du sacrum atteint le bord antérieur de l'orifice dilaté de 6 centimètres environ et au niveau duquel la tête du fœtus se trouve probablement en OIGA.

La femme n'ayant pas uriné depuis plusieurs heures, la sonde, pour pénétrer dans la vessie, dut vaincre une certaine résistance et monter verticalement, l'urètre étant repoussé contre la symphyse. Cette exploration montra que la tumeur n'était pas une cystocèle vaginale; la palpation abdominale ne permit pas de limiter la tumeur, vu la rigidité des parois. La fermeté, le volume et le peu de sensibilité de la tumeur font rejeter l'idée d'une épiplocèle ou d'une entérocèle. Ce n'était pas non plus un kyste de l'ovaire engagé dans le bassin, non plus qu'une tumeur faisant saillie hors de la cavité utérine, car l'orifice du col était entièrement libre et régulier. L'accoucheur songe à une tumeur fibreuse de la paroi antérieure et inférieure de l'utérus, engagée dans l'excavation au moment du travail et rendue immobile par la compression de la tête fœtale et le spasme de la paroi abdominale. Vu le bon état général de la malade, on attend.

A 9 h. 30, la tumeur fait saillie hors de la vulve, au niveau de la commissure antérieure, et ressemble à une tête fœtale. Les contractions se maintiennent énergiques, la tumeur sort antérieurement et reste fixée solidement à la commissure antérieure et à l'arcade pubienne. La tête ne tarde pas à sortir, sans même accomplir la rotation intérieure et se dégage en occipito-iliagne-gauche transversale; le tronc suit et l'accouchement se termine à 10 h. 15. L'enfant, mort depuis peu, pèse 1.840 grammes, et semble à peine à la fin du huitième

mois ou au commencement du neuvième. La tumeur est relevée au moyen de compresses, pour laisser libre l'orifice vulvaire; sa surface est luisante, d'un rouge brun, avec des taches ecchymotiques ardoisées. La consistance est fibro-cartilagineuse, fluctuante, cependant, en quelques points.

Elle a la forme d'un fœtus, son diamètre antéro-postérieur est de 0 m. 014, le transversal de 0 m. 09, sa circonférence de 0 m. 324.

Par le toucher, on trouve la paroi postérieure du vagin normale tandis que l'antérieure est tirillée, dure et semble présenter un pédicule reliant la tumeur à la paroi antéro-inféro-externe du col, dont l'orifice est libre et régulier.

Le méat est attiré en bas et en avant; avec la sonde, on croit reconnaître, à travers la paroi postérieure de la vessie, le pédicule de la tumeur.

Le surlendemain, la tumeur ayant considérablement diminué de volume, on reconnaît qu'elle était recouverte par la muqueuse vaginale dont on voyait les plis et on assure de nouveau qu'elle ne provient pas de l'intérieur de l'utérus. Un examen approfondi montre que la tumeur a dû se trouver primitivement en arrière de la vessie, au-dessous du péritoine, au-dessus du vagin et en avant de l'utérus. Le diagnostic définitif fut : *fibrome utérin pédiculé*. La muqueuse vaginale distendue par la tumeur commençait à se gangréner et l'opération fut pratiquée.

On fit deux incisions courbes sur la ligne médiane; la muqueuse fut disséquée et la tumeur, qu'aucune adhérence, *aucun pédicule*, ne reliaient à l'utérus, fut facilement énuclée. Elle pesait 332 grammes, sa circonférence était de 0 m. 284.

Le microscope révèle les caractères du fibromyome.

Suites de couches normales.

Le 28 octobre, la malade quitte la Maternité. Le 7 novembre, la guérison est complète. Seulement, la paroi antérieure du vagin tend à faire hernie quand la malade a beaucoup marché.

OBSERVATION IX

DUBAR (In Potel, *Revue de Gynécologie*, 1903, p. 401)

Fibrome migrateur de l'utérus.

Mme X..., 36 ans, éprouve depuis environ deux ans, une pesanteur à l'entrée du vagin. Depuis quelques mois, cette sensation a beaucoup augmenté. La marche est devenue pénible, difficile. De plus, elle éprouve une grande gêne pour uriner; elle est obligée de faire des efforts considérables, et la miction n'a lieu qu'à plusieurs reprises et par jets interrompus. Généralement, bien réglée, elle déclare qu'il y a cinq ans, elle a eu à diverses reprises des règles beaucoup plus abondantes et plus longues que d'ordinaire.

Ces phénomènes ont duré des mois, puis tout est rentré dans l'ordre.

En l'examinant, on aperçoit, faisant saillie entre les grandes lèvres, une tumeur, qui, sous l'influence d'un effort ou d'une traction, est amenée en grande partie hors de la vulve. Cette tumeur peut avoir le volume d'un gros œuf de poule; elle est recouverte par la muqueuse de la paroi antérieure du vagin, très distendue et adhère intimement à la vessie qui est entraînée avec elle, ce qu'on reconnaît en plaçant une sonde dans cet organe.

Lorsque la tumeur est attirée au dehors, on sent immédiatement au-dessus d'elle le corps de l'utérus fortement abaissé et qui paraît relié à la tumeur par un cordon de la grosseur d'une plume d'oie. La consistance de cette tumeur est ferme, fibreuse, elle est insensible à la pression. D'ailleurs, aucun retentissement sur l'état général; la malade est seulement devenue depuis quelque temps très nerveuse. Je porte comme diagnostic: fibrome de la paroi antérieure du vagin, développé entre la muqueuse vaginale et la vessie.

L'extirpation proposée est acceptée. Incision médiane de la paroi vaginale antérieure, allant du col utérin jusqu'à 2 centimètres du méat urinaire. Dissection facile de toute la face inférieure de la tumeur.

Difficulté assez grande pour séparer en avant, la tumeur, de la vessie à laquelle elle adhère intimement.

En haut, dissection d'un cordon fibreux qui s'étend jusqu'à la portion sus-vaginale du col et qui paraît s'y insérer.

La tumeur enlevée a le volume d'un gros œuf de poule. Sur une coupe, elle est blanc rosé, d'aspect fibreux.

L'examen pathologique montre qu'elle est composée de fibres musculaires lisses, entrecroisées en tous sens, et présentant sous la réaction du picro-carmin, une teinte rouge acajou caractéristique; c'est un noyau fixé avec une enveloppe fibreuse.

Le cordon qui la rattachait au col de l'utérus est formé par du tissu fibreux.

Il s'agissait d'un myome développé primitivement dans la portion susvaginale du col utérin et qui, peu à peu, était descendu, dédoublant la paroi antérieure du vagin.

Les suites opératoires furent très simples. Réunion par première intention de la presque totalité de la plaie. La suture avait manqué au niveau d'un crin de Florence vers le milieu de la plaie. Au bout de dix jours, je constate l'existence d'une fistulette qui donne quelques gouttes d'urine. Cette fistule est avivée, ses bords réunis par trois points de suture au fil d'argent et oblitérée.

Conclusions

Le fibrome du vagin s'observe dans la dernière période de la vie génitale, de 30 à 45 ans.

Dans les deux tiers des cas, il occupe la paroi antérieure du vagin.

Il se présente sous des formes anatomiques variées :

a) Petits fibromes multiples nodulaires sous-muqueux.

b) Polype unique de la paroi, à pédicule vasculaire, susceptible d'apparaître à la vulve par allongement du pédicule.

c) Fibrome sessile, énucléable, de la cloison vésico-vaginale, susceptible d'apparaître à la vulve par le mécanisme du prolapsus.

d) Fibrome sous-urétral adhérent à l'urètre.

e) Fibrome inclus dans la paroi vésico-vaginale ou recto-vaginale à évolution sous-péritonéale.

Ce sont des fibromyomes, plus rarement des fibromes purs ou des myomes purs, susceptibles de subir des altérations d'ordre vasculaire ou inflammatoire, en particulier lorsque le fibrome, saillant à la vulve,

est le siège d'ulcérations. La grossesse leur imprime une transformation télangiectasique.

Ce sont des fibromes nés sur place dans l'épaisseur de la paroi, aux dépens des tissus normaux ou de vestiges embryonnaires. Quelques-uns paraissent être des fibromes migrants de l'utérus.

Les symptômes fonctionnels qui les accompagnent sont essentiellement les troubles urinaires, la douleur, les hémorragies, la gêne dans le coït.

Le diagnostic se pose dans des conditions très variables suivant les formes anatomiques.

Le pronostic histologiquement bénin s'aggrave au cours de l'évolution, du fait des altérations anatomiques: nécrose, gangrène, transformation télangiectasique et de l'importance des troubles fonctionnels.

Tout fibrome du vagin doit être extirpé :

a) Par voie vaginale le plus souvent.

b) Exceptionnellement par voie abdominale, si le fibrome a une évolution sous-péritonéale.

La constatation d'un fibrome du vagin au cours de la grossesse, ou au cours même du travail, est une indication formelle de son ablation.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

TIXIER.

Pour le Doyen : l'Assesseur,

ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 Mai 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- AHLSTRÖM. — Same cases of myoma and fibroma of the vagina and of myoma of the vaginal cervix (*Hygie*, Stockholm, t. LXXVII, 1915, pp. 538-623).
- ALFIERI E. — Fibromyomes du vagin (*Journal de Chirurgie*, 1910, p. 633).
- ANDREWS. — *Proc. Roy. Med. Soc. Obst. and Gyn. Section*, Londres, t. III, 1909-1910.
- BARKLEY. — Fibroïde tumour of the vagin (*Surgery Gyn. and Obst.*, nov. 1911, vol. XIII, p. 520).
- BONNET P. — Fibrome du vagin (Comm. à la Soc. d'Obs. et de Gyn., 3 mai 1926).
- BOURSIER DE LA ROCHE. — Les fibromyomes du vagin (*Thèse de Paris*, 1907).
- BOUTIN. — Fibromyome du vagin chez la femme enceinte (*Thèse*, Paris, 1898).
- CADENAT. — A propos d'un cas de fibrome du vagin (*Gynécologie et Obstrique*, 1921, t. III, pp. 21-32).
- CHAUBET Paul. — Contribution à l'étude des fibromyomes vaginaux (*Thèse de Lyon*, 1922-1923).
- CHESTOPAL. — *J. Akuch. i. jeuks bolicz*, Saint-Pétersbourg, t. XXIII, 1909.
- CHUECO. — Fibro-chondro-ostéo-sarcome du vagin (*Rev. Ass. Méd. Agr.*, Buenos-Ayres, t. XXIII, 1915, pp. 1766-1768).
- COC. — Fibrome du septum uréthro-vaginal (*Americ. J. Gyn. and Obst.*, juin 1898).
- CONDAMIN. — Fibrome juxta-urétral du vagin (*Arch. provinc. de Chir.*, 1894, p. 571).

- CRISTALLI. — Fibromiomi della vagina (*Arch. di Obst. e Gin.*, t. X, 1903, p. 82).
- DIKE. — Myome des vagina (*Zentralblatt. f. Gyn.*, Leipzig, t. XXXVII, 1913, p. 540).
- DONALD A. — Fibroid tumour of the vagina associated with uterine hemorrhage (*Medical chron.*, Manchester, 1888, p. 303).
- DUBAR. — Statistique de l'hôpital de la Charité de Lille.
- DUNCAN. — Fibroma vaginae (*Brit. Gyn. Soc.*, mars 1904).
- EMMEL. — Fibroid tumor of the vagina (*S. Ann. Med. Ass.*, n° 7, 1908).
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie (In *Traité de Chirurgie*).
- LE FORT. — *Bull. et Mém. Soc. Cir.*, Paris, t. XIV, 1888, p. 577).
- GAUDICHON. — Les tumeurs fibreuses bénignes et malignes de la paroi antérieure du vagin (*Thèse de Bordeaux*, 1920).
- GENSOUL. — C. R. (*Société Médicale de Lyon*, 1831).
- GEUER. — Dem eines scheidenfibroms (*Central. für Gynäkologie*, 1894, n° 16).
- GORIZONTOFF. — S. akush. i. Jensk. boliez, Saint-Petersbourg, t. XXIII, 1909).
- GORRI. — Fibromes et polypes, 1905-1907.
- HAMESSE. — Fibrome du vagin, kyste du vagin, kyste de la glande de Bartholin (*Progr. méd. belge*, 1903).
- HARDOUIN. — Fibrome ulcéré de la paroi antérieure du vagin (*Revue de Gynécologie*, août 1908).
- HESENBALG. — Fibrome pur du vagin (*Zeit. für Gebur. und Gyn.*, bot. XXXIII, 1892).
- HUNIE. — *Lancette*, London 1895, t. II, p. 988).
- JACOBÉE. — Tumeurs sessiles et pédiculées du vagin (*Thèse de Paris*, 1908).
- JAMAMOTO. — Ueber das fibromyom des vagina, München, 1910, p. 31.
- KLEINWACHTER. — Die bindegewebigen und myomatösen Neubildungen der vagina (*Zeitsch. für Heilkunde*, bd. III, 1882, p. 335).
- KOSSMANN. — Zur Pathologie der Parovarium (*Centrbl. für Gynäkologie*, 1894, n° 28, p. 685).

- LABADIE, LAGRAVE et SEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 3^e éd., 1904.
- Laurent LONI. — Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses juxta-urétrales chez la femme (*Thèse de Lyon*, 1896).
- LEROY-BROWN. — Fibroma of the anterior wall of the vagina (*Am. S. of Obst.*, New-York, déc. 1895).
- MACHENHAUER. — *Centralblatt für Gynaekologie*, 1902, n° 21.
- MARC SEE. — *Bull et Mém. Soc. Chir.*, Paris, t. XIV, 1886 p. 579.
- MARTIN. — Successful removal of a vaginal tumour during pregnancy (*Lancet.*, Londres, 1904).
- MERIEL. — Un cas de fibrome du vagin (*Sem. Gyn.*, Paris, t. XIII, p. 105).
- MURPHY. — Mysco-fibroma vaginae (*S. Am. Med. Ass.*, t. II, 1896, p. 29).
- NEUGEBAUER. — Prager Viertel (*Jahrschrift*, 1877, t. II, p. 59).
- NIEPPE. — Contribution à l'étude des fibromyomes du vagin (*Thèse de Lille*, 1904).
- PAQUET. — *Bulletin médical du Nord*, 1882, p. 65.
- PATEL. — In thèse Chaubet Paul, Lyon 1922.
- John PHILIPS. — Les fibromyomes du vagin (*Annales de Gynécologie et d'Obst.*, 1899, de *British Med. Journ.*, février, 1899, p. 262).
- PILLORE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 137.
- PORRO Edvardo. — Fibromyome utérin siégeant dans la cloison vésico-vaginale; obstacles à l'accouchement, issue à l'extérieur spontanée de la tumeur, son énucléation artificielle (*Annales de Gynécologie*, 1876, p. 72).
- POTHERAT. — Fibrome pédiculé du vagin (*Revue de Gynécologie*, 1906, p. 136).
- OLENIN. — Multiple myome des vagina (*Ref. Frommel Sahresber*, 1891, p. 788).
- OLIVER S. — *The Edinburgh Med. Journal*, 1897, juin, p. 634.
- REICH. — Fibroid tumor of the vagina (*Ann. J. Obst.*, New-York, t. LVIII, 1908, p. 484. *Vaginales fibrom*, New-York. *Méd. Monats*, t. XIX, 1908, p. 383).
- RIES. — Fibromyomatous tumour of the vagina (*Am. J. of Obst.*, New-York, 1902).

- ROCHEBLAVE. — Le fibromyome du vagin (*Thèse de Montpellier*, 1884).
- ROLLIN. — Les tumeurs solides et primitives du vagin (*Thèse*, Paris, n° 289).
- ROUTIER. — Polype fibreux de l'utérus, fibrome de la paroi antérieure du vagin (*Société de Chirurg.*, 17 oct. 1906).
- DE SINETY. — *Annales de Gynécologie*, 1899, p. 148.
- STRASSMANN P. — Zur Vermtuiss der Neubildingen der Schéide (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1891, n° 41, p. 825).
- STUMPF. — Wyofibrom der vagina mit beginnender Verjanchung (*Münch. Med. Wochensch.*, 1890, XXXVII, p. 694).
- SWOYNE. — A case of fibroide of the vagina (*Londres Obst. Tr.*, t. XLV, 1903-1904, p. 142).
- SWANTON. — *Med. Press. and Cir.*, Londres, t. LXXIV, 1907).
- TIXIER et P. BONNET. — Fibrome du vagin développé dans le septum vésico-vaginal et prolabé à la vulve (*Soc. Chir.*, Lyon, 29 avril 1926).
- TRAETZL. — *Monotschrift für Geburtshilfe*, XXII, p. 227.
- WATHER. — Fibrosarcome de la paroi vaginale (*Louisville Clin. So. Med. News*, 11 janvier 1896).
- WILLIAMS. — Myoma of the vagina (*Lancet*, août 1902).
- WEIR. — Fibromyoma of the vagina (*Brit. Med. J.*, Londres, 28 juillet 1900).
- YAHOUR. — Fibromyome de la paroi antérieure du vagin (*Gaz. Med. d'Orient*, Constantin., t. L, 1905, p. 53).
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Historique	11
Etiologie.....	13
Anatomie pathologique.....	15
Evolution anatomique	20
Pathogénie	27
Histologie	29
Symptomatologie.....	31
Diagnostic	39
Pronostic	45
Traitement.....	47
Observations	52
Conclusions.....	73
Bibliographie:.....	75
